

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem de**  
**Saúde Infantil e Pediatria**

**Cuidar da criança e família com doença crónica em fim de  
vida: estratégias de gestão emocional**

**Joana Rita Moreira Gonçalves Torgal**

**Lisboa**  
**2017**



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem de**  
**Saúde Infantil e Pediatria**

**Cuidar da criança e família com doença crónica em fim de  
vida: estratégias de gestão emocional**

**Joana Rita Moreira Gonçalves Torgal**

**Professora Doutora Paula Diogo**

**Lisboa**  
**2017**





“A mente e as emoções da pessoa  
são as janelas da sua alma.”

(Watson, 2002, p. 89)





## **AGRADECIMENTOS**

Ao iniciar a apresentação deste trabalho, não poderia deixar de dedicar algumas palavras de apreço e gratidão.

Ao meu companheiro desta vida, Gonçalo, pela sua paciência, disponibilidade e palavras de incentivo. Ao meu filho, António, pela sua alegria contagiante e compreensão nos momentos de ausência. À minha família por todo o apoio, compreensão, disponibilidade, incentivo e carinho.

À Professora Doutora Paula Diogo, pela sua disponibilidade sempre imediata, partilha de saberes, orientação e sugestões indispensáveis que se tornaram decisivas para a valorização e concretização deste trabalho.

A todos os enfermeiros com que me cruzei ao longo deste percurso, nos diferentes contextos da prática, pela sua disponibilidade e orientação tornando esta experiência ainda mais enriquecedora.

A todas as crianças e respetivas famílias com os quais vivenciei momentos de partilha e intensas emoções.

A todos os que embora não tenham sido mencionados acompanharam de uma forma direta ou indireta esta caminhada dando o seu contributo.

**A todos o meu sincero obrigada!**



## RESUMO

Cuidar da criança ou jovem e sua família, com doença crónica, e em fim de vida, constitui um desafio acrescido para os enfermeiros, pela emocionalidade intensa que lhe é inerente. O enfermeiro tem o privilégio de poder intervir na emocionalidade de quem cuida, no desempenho do trabalho emocional que facilita a expressão de emoções contribuindo, assim, para a regulação emocional através de diferentes estratégias com elevado potencial terapêutico. No entanto, o enfermeiro também é afetado pelas respostas emocionais do Outro necessitando de desenvolver competências promotoras da sua própria gestão emocional. Assim, temos como objeto de estudo as estratégias de gestão emocional adotadas pelos enfermeiros ao cuidar da criança ou jovem e sua família, com doença crónica, em fim de vida. Este relatório descreve o percurso formativo realizado, assente numa metodologia descritiva, de análise crítica e reflexiva sobre a prática desenvolvida, e sobre as aprendizagens realizadas nos diferentes contextos - internamento de pediatria, cuidados de saúde primários, urgência de pediatria e cuidados intensivos neonatais - no sentido de aprofundar saberes práticos e adquirir competências comuns e específicas para Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. O desenvolvimento e aperfeiçoamento de habilidades para comunicar de forma adequada a cada criança, jovem e família e o estabelecimento de uma relação terapêutica constituíram duas atividades transversais a todos os contextos e imprescindíveis em cada dia deste percurso. Em síntese, pode concluir-se que o uso de estratégias de gestão emocional são decisivas para promover o bem-estar e equilíbrio emocional do Outro e do enfermeiro enquanto cuidador. Além disso, evidencia-se ainda a necessidade de sensibilização dos enfermeiros para integrarem, de forma intencional e consciente, estas estratégias nas suas práticas diárias de cuidados, com reflexo na contínua melhoria dos cuidados pediátricos.

**Palavras-chave:** Enfermagem Pediátrica, Doença Crónica, Emoções, Assistência Terminal, Cuidados Paliativos

## **ABSTRACT**

Health caring a child or adolescent and their family, with chronic disease, at the end of life, represents a greater challenge for nurses, due to the intense emotions inherent to it. The nurse has the privilege to intervene in the emotions of the care provider thru the development of emotional work that facilitates emotion expression thus contributing for the emotional regulation throughout a variety of strategies with high therapeutic potential. However, the nurse is also affected by the emotional responses from others, therefore needing to develop and acquire competencies that promote the management of his self-emotions. Thus, the object of study are the strategies for emotional management adopted by nurses when caring for the child or adolescent and their family, with chronic disease, at the end of life. This report describes the formative path, based on a descriptive methodology, of critical analysis and reflection regarding on the practice developed in different contexts – pediatric wards, primary health care, pediatric emergency and neonatal intensive care unit – allowing to increase the practical know how and acquire common and specific proficiency for the Child and Youth Health Specialist Nurse. The development and improvement of abilities to communicate effectively to each child, adolescent and their family and the establishment of a therapeutic relationship were two activities transversal to all contexts and essential in every day of this journey. In summary, it can be concluded that the use of emotional management strategies are decisive to promote well-being and emotional balance of the Other and of the nurse as caregiver. Aside from that, the need to sensitize nurses to integrate, intentionally and consciously, these strategies in their daily care giving routines is highlighted, with a reflection on the continuous improvement of pediatric care.

**Keywords:** Pediatric Nursing, Chronic Disease, Emotions, Terminal Care, Palliative Care

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**CCF** – Cuidados Centrados na Família

**CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CNT** – Cuidados Não Traumáticos

**CP** – Cuidados Paliativos

**CPP** – Cuidados Paliativos Pediátricos

**DGS** – Direcção Geral de Saúde

**EE** – Enfermeiro Especialista

**EEESCJ** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**RN** – Recém-Nascido

**UMAD** – Unidade Móvel de Apoio Domiciliário

**WHO** – *World Health Organization* (Organização Mundial de Saúde)

**WPCA** – *Worldwide Palliative Care Alliance*



# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</b>	<b>17</b>
1.1 CUIDAR EM ENFERMAGEM – CONCEÇÃO ATUAL	17
1.2 CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA – A CRIANÇA COM DOENÇA CRÓNICA	19
1.3 EMOCIONALIDADE NO CUIDAR EM FIM DE VIDA	22
1.4 TRABALHO EMOCIONAL	26
1.5 MAPA CONCEPTUAL	31
<b>2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO</b>	<b>33</b>
<b>3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO DE ESTÁGIO</b>	<b>35</b>
3.1. OBJETIVOS GERAIS E OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
3.2. ATIVIDADES TRANSVERSAIS DESENVOLVIDAS NOS DIFERENTES CONTEXTOS	38
3.3. ATIVIDADES ESPECÍFICAS DESENVOLVIDAS EM CADA CONTEXTO	40
3.4. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO	58
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>63</b>

## APÊNDICES

Apêndice I - Guia Orientador das Atividades de Estágio

Apêndice II - Cronograma dos Estágios

Apêndice III - Jornal de Aprendizagem I

Apêndice IV - Poster – “Cuidados Paliativos Pediátricos - Da Prática Clínica à Problemática do Fim de Vida”

Apêndice V - Jornal de Aprendizagem II

Apêndice VI - Sessão de Formação – “Cuidados Paliativos Pediátricos”

Apêndice VII - Jornal de Aprendizagem III

## ANEXOS

Anexo I - Programa das 1<sup>as</sup> Jornadas de Cuidados Paliativos Pediátricos – *Mitos e Realidades*

Anexo II - Poster de divulgação da exibição do documentário – *“Little Stars – accomplishing the extraordinary in the face of serious illness”*

Anexo III - Curso – Processo de Enfermagem Informatizado com CIPE Versão 2.0 no CHLN

Anexo IV - Declaração da Sessão de Formação em Serviço – Hipnose Pediátrica





## INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito da Unidade Curricular – Estágio com Relatório, inserida no 3º semestre do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, ministrado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A disciplina prática de Enfermagem exige aos profissionais uma atualização permanente de saberes, pelo que investir na formação profissional e pessoal é imperativo para garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e a excelência do exercício profissional. A formação contínua desempenha um papel decisivo no que respeita à prestação de cuidados de enfermagem na medida em que gera condutas, comportamentos e atitudes (Collière, 2003). Conforme preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) na alínea c) do Artigo 88º - Da Excelência do Exercício, do documento Deontologia em Enfermagem, o enfermeiro assume o dever de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.91).

O Enfermeiro Especialista (EE) possui um conhecimento aprofundado numa área específica de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstrando na sua atuação elevados níveis de julgamento clínico e de tomada de decisão (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro). No que se refere ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) a sua performance é traduzida na:

Prestação de cuidados de nível avançado com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias (...). Trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (...), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa (Regulamento n.º 123/2011, p. 86531).

Para estabelecer um plano de estágio, procedeu-se à realização de um diagnóstico de necessidades de autoformação com revisão de literatura sobre o

estado da arte no que respeita ao cuidar em enfermagem pediátrica. No decorrer deste processo surgiu a problemática da emocionalidade intensa vivida pelos enfermeiros ao cuidar da criança e do jovem com doença crónica em fim de vida. Esta circunstância constitui um desafio maior para os enfermeiros ao exigir o desenvolvimento de competências para gerir as emoções de quem cuidam, bem como para gerir as suas respostas emocionais enquanto cuidadores. O objeto de estudo centra-se nas estratégias de gestão emocional adotadas pelos enfermeiros, para alcançar o seu bem-estar emocional, indispensável à prestação de cuidados mais humanizados às crianças, aos jovens e suas famílias. O presente relatório descreve o percurso formativo daqui resultante e que justifica o título – Cuidar da criança e família com doença crónica em fim de vida: estratégias de gestão emocional.

De acordo com o plano de estudos do presente curso, esta unidade curricular contempla um estágio, com o total de 500 horas, divididas por quatro contextos, que diferem nas suas áreas de intervenção com vista ao desenvolvimento de competências de EEESCJ. Assim, após uma criteriosa seleção, foram elegidos os campos de estágios nos seguintes contextos: Internamento de Pediatria Oncológica, Cuidados de Saúde Primários – Consulta Externa de Pediatria, Unidade de Urgência Pediátrica e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. A prática constitui um cenário potenciador para o conhecimento, no entanto é da responsabilidade dos profissionais a motivação e a aquisição de competências num vasto âmbito e a sua adequação aos contextos proporcionando, assim, capacidade de resposta em situações complexas, numa constante atitude de reflexão crítica (Benner, 2001). Este relatório descreve o percurso formativo assente numa metodologia descritiva, de análise crítica e reflexiva sobre a prática desenvolvida e as aprendizagens realizadas nos diferentes contextos, com vista ao desenvolvimento e aquisição de competências de EEESCJ e, será sujeito a posterior discussão pública para a obtenção do Grau de Mestre.

Para que as experiências se convertam em conhecimento é indispensável produzir um processo de reflexão e de consciencialização permitindo a sua conceptualização prática. Segundo Kölb (2015) a aprendizagem experiencial é integrada após um processo de reflexão consciente sobre as experiências, em confronto com a teoria, com posterior apropriação na atuação profissional. Ainda na

perspectiva do mesmo autor (2015) aprender é um processo contínuo, impulsionado pela experiência, que envolve o funcionamento integrado dos diferentes domínios do organismo como pensar, sentir, perceber e comportar-se. O estabelecimento de relações entre teoria e prática, obtidas através da experiência promovem o desenvolvimento profissional. Contudo a aprendizagem implica um processo reflexivo que envolve uma prática reflexiva – reflexão na ação, reflexão sobre a ação e, ainda, reflexão sobre a reflexão na ação – permitindo o entendimento de determinada situação, orientando para ação futura (Schön, 1983).

Assim, atendendo ao acima exposto, o presente relatório tem como finalidades:

- Apresentar a problemática em estudo;
- Apresentar os objetivos gerais e os objetivos específicos delineados;
- Descrever as atividades desenvolvidas em cada contexto nomeando as competências adquiridas no âmbito da área de especialização em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem;
- Refletir sobre o impacto deste percurso formativo no desenvolvimento pessoal e profissional.

O Relatório encontra-se organizado em quatro capítulos distintos. No primeiro capítulo desenvolve-se o enquadramento conceptual abordando os principais conceitos e fazendo a síntese esquematizada no mapa conceptual. O segundo capítulo encontra-se reservado ao problema e ao objeto de estudo. No terceiro capítulo, apresenta-se a descrição e análise das experiências nos diversos contextos de estágio dando evidência aos objetivos e às atividades desenvolvidas para aquisição das competências comuns e específicas de EEESCJ. Finalmente no quarto capítulo desenvolvem-se as considerações finais como apreciação global de todo o percurso de aprendizagem e de desenvolvimento pessoal e profissional para enfermeira especialista.



## 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

### 1.1. Cuidar em enfermagem – conceção atual

O cuidar em enfermagem é indissociável das emoções humanas sendo necessário estudá-las de acordo com o seu quadro de referência. Os cuidados de enfermagem enquadram-se no cuidar e para alguns estudiosos da disciplina prática de Enfermagem, os dois termos não deverão ser confundidos. De acordo com Hesbeen (2000, p. 9) “o cuidado designa o facto de estar atento a alguém (...) para se ocupar do seu bem-estar ou do seu estado, do seu bom funcionamento”. O mesmo autor acrescenta ainda que o cuidar “(...) designa essa atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a ajudá-la, a contribuir para o seu bem-estar, a promover a sua saúde” (Hesbeen, 2000, p. 9). Para Watson (2002, p. 60) o cuidar “envolve uma filosofia de compromisso moral direccionado para a protecção da dignidade humana e preservação da humanidade” e, constitui “a essência da Enfermagem e o foco mais central e unificador” (*Ibidem*, 2002, p. 62).

Para Benner (2001, p. 16) “compreender o cuidar como uma prática, em vez de ser apenas um puro sentimento ou um conjunto de atitudes que estão para além da prática, revela o conhecimento e a competência que o cuidar excelente requer”. Cuidar é um ato individualizado e dirigido a uma pessoa/família em particular pelo prestador de cuidados. Assim, o cuidado deve ser único e orientado à pessoa na “singularidade da sua situação de vida” (Hesbeen, 2000, p. 9).

Para Collière (2003) cuidar representa a primeira arte da vida que antecede todas as outras e insere-se na origem de todas as culturas. A mesma autora (*Ibidem*, p. 25) afirma que “a prática de cuidados é, sem dúvida, a mais velha prática da história do mundo”. Assim, o início da vida deu origem aos cuidados na medida em que se torna necessário cuidar da vida para que ela perdure. Esta é considerada a primeira finalidade do cuidar – permitir a continuidade da vida. Cuidar é “*manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis (...)*” (*Ibidem*, p. 29). Também Watson (2002, p. 55) refere que o objetivo de cuidar “é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana”. Os enfermeiros, enquanto cuidadores, têm como missão cuidar o Outro e ajudá-lo no alívio do sofrimento

contribuindo para o seu bem-estar, recorrendo para isso às competências e aos saberes próprios da disciplina de Enfermagem.

Para Watson (2002, p. 52) a “enfermagem e cuidados de saúde de qualidade, exigem hoje em dia um respeito humanista pela unidade funcional do ser humano”. Na perspetiva da mesma autora “o processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos, é um enfoque importante para a Enfermagem, não apenas devido às transações dinâmicas de humano-para-humano, mas devido aos conhecimentos requeridos, empenhamento, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço” (*Ibidem*, p. 52). Desta forma cuidar exige “envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro e o comprometimento para com o próprio e para com os outros humanos (...)” (*Ibidem*, p. 55). Assim “a capacidade de cada um para transcender o espaço e o tempo, ocorre de forma semelhante, no pensamento, na imaginação e nas emoções de cada um” (*Ibidem*, p. 83). Cada um, enquanto ser humano, vai para além do ser físico englobando, também, um mundo interior e espiritual. Desta forma “o acesso a um sentido mais elevado do eu vem mais rapidamente através das emoções humanas, da mente e do subjectivo mundo interior da pessoa que experiencia” (*Ibidem*, p. 84).

De acordo com Watson (2002, p.103) o cuidar transpessoal e as transações do cuidar surgem como resultado da interação entre o enfermeiro e a pessoa de quem este cuida e “incluem o uso único que o enfermeiro faz do Eu, através de movimentos, sentidos, tocar, sons, palavras, cores (...)”.

Na Teoria de Watson inscrevem-se dez fatores de cuidado, considerados como essenciais para o cuidar em enfermagem, sendo que o quinto fator diz respeito à expressão de sentimentos positivos e negativos. Ainda na perspetiva desta autora a relação interpessoal que se estabelece entre enfermeiro-cliente constitui “um meio de comunicação e liberação de sentimentos humanos” (Watson, 2002, p. 122). Esta teoria expressa que “a mente e as emoções da pessoa são as janelas da sua alma” (Watson, 2002, p. 89) sendo que as transações humanas, resultantes da presença do enfermeiro na relação terapêutica, estabelecem contato com o mundo emocional e subjetivo da pessoa (*Ibidem*). O cuidar transpessoal permite ainda o desenvolvimento do autoconhecimento possibilitando que o enfermeiro reflita sobre si mesmo conduzindo a uma maior harmonia na mente, no corpo e na alma (*Ibidem*).

A arte de cuidar surge na relação humana que se estabelece entre enfermeiro-cliente numa situação de cuidar. A atividade desta arte centra-se na capacidade que uma pessoa (enfermeiro) tem de, ao receber de outra pessoa (cliente) a expressão de sentimentos, experimentar a emoção que conduziu a essa mesma expressão (Watson, 2002). O enfermeiro consegue detetar os sentimentos do Outro e posteriormente expressá-los de forma a que a outra pessoa os consiga reconhecer de uma forma mais profunda, permitindo-lhe libertar sentimentos que desejava expressar. Desta forma o enfermeiro “está apto a formar uma união com outra pessoa, a um nível que transcende o físico (...)” (*Ibidem*, p. 119). O enfermeiro, nesta premissa do cuidar transpessoal, entra na experiência do Outro e o Outro pode, também, fazer parte da experiência do enfermeiro. Para Watson (2005), citado por Diogo (2015, p. vi) “a ciência do cuidar não pode permanecer desligada ou indiferente às emoções humanas”.

### **1.2. Cuidados Centrados na Família – a criança com doença crónica**

Com a evolução das ciências da saúde assistiu-se nas últimas décadas a um aumento considerável da esperança média de vida, à cura da grande maioria das patologias agudas e à cronicidade de muitas doenças incuráveis. Assim, presenciou-se um consequente aumento do número de crianças com doenças crónicas complexas que carecem de cuidados de saúde diferenciados, com um prognóstico de vida que se prolonga substancialmente no tempo, sendo que muitas delas, dependem de tecnologia e necessitam de palição. Esta evolução contribuiu, também, para aumentar as necessidades em saúde, que vão muito para além da ausência de doença e que, envolvendo os cuidados de enfermagem, se prendem com necessidades básicas do âmbito social, afetivo, emocional e espiritual. Segundo Silva (2007, p. 15), quando se trata de crianças com doença crónica, é solicitada à família e aos cuidadores a “aquisição de mais competências no sentido de lidarem eficazmente com tratamentos complexos e experiências emocionais desagradáveis.” O impacto da doença crónica na saúde e no estado funcional das crianças e famílias é profundo provocando, também, alterações no funcionamento do sistema familiar (Hockenberry & Wilson, 2014).



A tendência atual do cuidar da criança e do jovem com doença crónica<sup>1</sup> procura uma abordagem centrada no seu desenvolvimento e não na sua idade. Esta abordagem permite uma adequação dos cuidados prestados ao desenvolvimento da criança e do jovem, facilitando a sua adaptação e da família a toda a experiência que envolve a doença crónica. Quando a criança é diagnosticada com uma doença crónica os diversos membros da família, os amigos, os colegas da escola e outras pessoas significativas podem ser afetados (Knapp, Madden, Curtis, Sloyer, & Shenkman, 2010). O tratamento da doença crónica é, na grande maioria dos casos, prolongado e complexo exigindo cuidados de saúde constantes à criança, tanto em relação à terapêutica como em cuidados específicos que cada patologia impõe. Cuidar da criança com doença crónica requer competências específicas, conhecimento da doença, dos sinais e sintomas e das características particulares de cada patologia. Daí a importância da família ser inserida, capacitada e apoiada no processo de cuidar da criança com doença crónica (Araújo, Collet, Moura, & Nóbrega, 2009). A doença crónica modifica toda a dinâmica da família e, nos diferentes momentos da trajetória da doença, há necessidade de reorientar e diferenciar o apoio familiar objectivando o melhor conforto de todos.

Para que a assistência à criança com doença crónica seja eficaz é necessário atender às necessidades da família na medida em que esta possui um papel decisivo. Assim, é imprescindível promover Cuidados Centrados na Família (CCF), dando destaque às interações e processos comunicacionais que lhe são inerentes, integrando a família no processo de cuidar. A família inclui os indivíduos que detêm a responsabilidade de prestar cuidados à criança contribuindo para o seu crescimento e desenvolvimento (Regulamento n.º 351/2015 de 22 de Junho). A evolução dos CCF surgiu a partir de modelos de cuidados que procuravam práticas para melhor cuidar das crianças hospitalizadas (Jolley & Shields, 2009).

O Institute for Patient- and Family-Centered Care (2010) reconhece o papel vital da família e encoraja a colaboração mútua e constante entre o cliente – neste caso específico a criança, ou o jovem e a sua família – e os profissionais de saúde. Os CCF procuram garantir a saúde e bem-estar da criança, do jovem e sua família,

---

<sup>1</sup> “doenças prolongadas, frequentemente associadas a um variável grau de incapacidade, de curso prolongado e geralmente de progressão lenta, com potencial de compensação e que implicam a necessidade de adaptação a diversos níveis (físico, familiar, social, psicológico, emocional e espiritual)” (Regulamento n.º188/2015 de 22 de Abril).

ao reconhecer o apoio emocional, social e de desenvolvimento como componentes integrais dos cuidados de saúde. Em contexto pediátrico considera-se que a família da criança ou jovem são os pais ou os seus representantes legais.

Para promover a filosofia dos CCF é então necessário incorporar na prestação de cuidados a convicção de que a família é uma constante na vida da criança, que a criança é afetada e afeta aqueles com quem estabelece relações e, ainda, que a inclusão da família contribui para que a criança ou o jovem recebam cuidados de maior qualidade (Harrison, 2010).

Esta filosofia é reconhecida por inúmeras organizações nacionais e internacionais de enfermagem pediátrica, nomeadamente a OE, que a defende como fundamental para a prestação de cuidados de qualidade à criança, ao jovem e sua família, na medida em que promove o envolvimento dos pais e conduz à redução dos efeitos adversos inerentes à hospitalização. Em pediatria a presença dos pais/família é fulcral nos diversos momentos da hospitalização. Na atualidade, os pais/família têm o direito de acompanhar e permanecer com as crianças quando estas se encontram doentes. Assume-se que as crianças precisam e beneficiam com a presença dos pais/família.

Segundo o Institute for Patient- and Family-Centered Care (2010) os conceitos centrais dos CCF são a 'Dignidade' e o 'Respeito' pelas diferenças culturais, étnicas e socioeconómicas, pelas escolhas e perspetivas da família, da criança e do jovem e, ainda, pelo reconhecimento e respeito pelas suas crenças e valores; a 'Partilha de Informação' diretamente relacionada com a comunicação e que envolve a partilha de informação entre os profissionais de saúde e a criança, o jovem e a família; a 'Participação', que diz respeito à participação da criança, do jovem e da família nos cuidados e nos processos de tomada de decisão, ao nível do seu entendimento e adequada às suas capacidades e competências num determinado momento/contexto e, por fim, a 'Colaboração' que envolve a criança, o jovem e a família no desenvolvimento de programas, políticas institucionais e, ainda, na mudança de práticas de cuidados.

Assim, a prestação de cuidados de enfermagem em contexto pediátrico que engloba a família como sujeito dos cuidados obriga a uma organização de cuidados facilitadora do trabalho em parceria entre o enfermeiro e a criança ou o jovem e, entre o enfermeiro e a família. A intervenção e organização dos cuidados em

pediatria consistem, essencialmente, em respeitar as preferências da criança ou do jovem e da sua família, tendo em conta a satisfação das suas necessidades.

### 1.3. Emocionalidade no cuidar em fim de vida

Os primeiros escritos sobre as emoções remontam a 300 a.C. e chegam do filósofo clássico Aristóteles (384-322 a.C.) que definia e analisava as emoções do ponto de vista cognitivo (Diogo, 2015). Para este filósofo o processo emocional inicia-se com a apreciação cognitiva de um evento, na consequente alteração psicológica e emocional culminando, por fim, com uma ação.

Desde o século XX que o estudo das emoções e do conceito de trabalho emocional tem vindo a ser desenvolvido com contributos de diferentes disciplinas. Para Damásio (2001), referenciado por (Diogo & Rodrigues, 2012, p. 29), “as emoções e as várias reacções com elas relacionadas, estão alinhadas com o corpo, enquanto os sentimentos estão alinhados com a mente.”

Segundo Damásio (2013, p. 56) “é através dos sentimentos, que são dirigidos para o interior e são privados, que as emoções, que são dirigidas para o exterior e são públicas, iniciam o seu impacto na mente”. Damásio (*Ibidem*, p. 63) revela ainda que “emoções e sentimentos de emoções constituem, respetivamente, o começo e o fim de uma progressão, mas o carácter relativamente público das emoções e a privacidade completa dos sentimentos indicam que os mecanismos ao longo deste contínuo são diferentes”. Ainda o mesmo autor (1994, p. 153) refere que a palavra emoção tem uma “directão externa a partir do corpo: *emoção* significa literalmente «movimento para fora»”. A experiência de uma emoção pertence a cada um sendo por isso considerada individual. Perante um determinado acontecimento, diferentes pessoas experienciam as suas próprias emoções. Para Goleman (2010, p. 28) “todas as emoções são, essencialmente, impulsos para agir, planos de instância para enfrentar a vida (...)”, definindo emoção como “um sentimento e aos raciocínios daí derivados, estados psicológicos e biológicos, e o leque de propensões para a acção” (*Ibidem*, p. 210).

“A abordagem da fase final da vida tem sido encarada, nos serviços de saúde, como uma prática estranha e perturbadora, com a qual é difícil lidar” (Direcção-Geral de Saúde, 2004, p. 4). O impacto associado ao cuidar em fim de vida e à morte tem vindo a manter o seu significado ao longo dos tempos, todavia acresce o peso do

reconhecimento público dos processos de fim de vida. A criança que se encontra em fim de vida apercebe-se da proximidade da morte de diversas formas: seja através da informação direta que lhe é dada, da comunicação não-verbal dos que a circundam, ou porque sente mesmo que está a morrer. A forma como cada um percebe a morte encontra-se relacionada com aspetos “espácio-temporais, socioculturais, pessoais e educacionais” (Pacheco, 2002, p. 4). Nas crianças podemos salientar a etapa de desenvolvimento, a forma como compreende a morte e, ainda, as experiências vivenciadas anteriormente como a morte de um familiar próximo. Cuidar da criança, do jovem e da sua família em situação de fim de vida constitui um dos maiores desafios emocionais para os enfermeiros. A gestão emocional é, consequentemente, essencial na prestação de cuidados de enfermagem pediátricos.

O enfermeiro na sua prestação diária de cuidados confronta-se com situações impregnadas de emoções que influenciam diretamente os seus sentimentos e comportamentos (Diogo, 2006). O contato frequente com situações de fim de vida e de morte tem repercussões inevitáveis nos prestadores de cuidados. “A confrontação quotidiana com a morte, a morte do outro (...), representa uma lembrança diária da nossa própria mortalidade, do nosso carácter findável” (Abiven, 2001, p. 156) uma vez que é um fim tido como certo. “É frequentemente através da morte próxima que a nossa própria morte é revisitada e assim se torna incontornavelmente presente” (Magalhães, 2009, p. 26). É através das experiências que temos em vida, da morte dos Outros, dos que nos são próximos e daqueles de quem que cuidamos, que vivemos e pensamos a nossa própria morte.

Na atualidade, os sentimentos dos que estão a morrer e em luto, neste caso em concreto a criança ou o jovem e a sua família e/ou pessoas significativas constituem uma preocupação para os profissionais assim como os sentimentos dos próprios profissionais (Magalhães, 2009). Esta realidade é evidenciada em dois dos dez direitos enunciados na Carta dos Direitos da Criança em Fim de Vida, sendo o primeiro “expressar os seus sentimentos, desejos e expectativas, e que estes sejam levados em consideração” e, o segundo, “ver as crenças culturais, espirituais e religiosas respeitadas sem infringir o melhor interesse da criança” (Maruzza Lefebvre D’Ovidio Onlus Foundation, 2013).

Um conceito inerente aos cuidados em fim de vida prende-se com a dignidade. Em fim de vida o objetivo dos cuidados centra-se na preservação da dignidade humana que constitui a possibilidade de cada ser humano, por intermédio da sua consciência, agir livremente, bem como de se autodeterminar (Nunes, 2008) . Entramos aqui numa área envolvida nos Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) que, segundo a *Association for Children's Palliative Care* (2009), são uma abordagem ativa e total aos seus cuidados, desde o diagnóstico ou reconhecimento da situação, durante toda a sua vida e para além da sua morte. Abrangem elementos físicos, emocionais, sociais e espirituais, focando-se na melhoria da qualidade de vida da criança ou do jovem e no suporte à sua família. Incluem o controlo de sintomas, a provisão de períodos de descanso dos cuidadores e acompanhamento na fase terminal e luto.

Perante estas circunstâncias devem ser avaliadas e aliviadas as necessidades físicas, psicológicas, emocionais e sociais da criança. Os CPP iniciam-se no momento do diagnóstico e mantêm-se independentemente da criança receber ou não tratamento específico para a doença. A equipa multidisciplinar envolve a criança ou o jovem e a sua família nos cuidados e recorre aos recursos existentes na comunidade, podendo mesmo ser implementados em situações de recursos limitados. Podem ser prestados em hospitais terciários, na comunidade e, ainda, na casa da criança ou do jovem se esta dispuser de condições para tal. Na verdade estas crianças e jovens com doença crónica deveriam estar inseridas em programas de CPP.

A par do aumento das doenças crónicas, como anteriormente descrito, tem vindo a ser realizado um esforço adicional, pelos profissionais da área, para a sensibilização e consciencialização da necessidade deste tipo específico de cuidados. Em Portugal, em 2004, os CP começaram a ser alvo de maior atenção, tendo sido incluídos no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 com a criação do Programa Nacional de Cuidados Paliativos. No entanto, e no que concerne especificamente aos CPP, mantém-se uma enorme lacuna, quer a nível de equipas especializadas na prestação de cuidados, como a nível de unidades de internamento exclusivas a esta população pediátrica (Lacerda, 2012). Poder-se-á justificar esta situação com a realidade económica nacional atual (Lacerda, 2012) embora não se

possa, também, ignorar o desconhecimento geral do que são CP e da sua necessidade premente para esta população em específico.

Comummente, quando se ouve falar em CP, pensa-se de imediato em cuidados terminais e em morte. No entanto estes constituem apenas um dos seus componentes (Lacerda, 2012). A sociedade, de um modo geral, tem dificuldade em aceitar este tipo de cuidados dirigidos às crianças e jovens na medida em que culturalmente é contranatura uma criança morrer antes dos seus pais. Falar da morte de uma criança “desafia as leis da justiça humana” (Simões, 2011, p. 149). A morte de uma criança permanece um acontecimento inesperado e emocionalmente intenso tanto para as famílias como para os prestadores de cuidados de saúde (Himmelstein, Hilden, Boldt, & Weissman, 2004). “A aceitação da filosofia dos cuidados paliativos (...) obriga a uma mudança de paradigma no cuidar, levando os médicos e profissionais de saúde a colocar no centro da sua actividade a criança, adolescente ou jovem adulto e a sua família” (Mendes, Justo da Silva, & Santos, 2012, p. 221).

Os CPP derivam da medicina paliativa, reconhecida como uma especialidade da medicina em 1987, mas detêm características próprias (Mendes *et al.*, 2012), nos quais os enfermeiros têm uma intervenção preponderante. Os CP destinados à população adulta podem ser aplicados em contexto pediátrico, mas terão de ser, necessariamente, adaptados às particularidades inerentes a cada grupo etário e às suas especificidades (Mendes *et al.*, 2012). Paliar significa aliviar, atenuar, disfarçar, mitigar, tornar menos desagradável (Porto Editora, s.d.) e envolve cuidar da pessoa numa perspetiva global atendendo à sua complexidade biológica, psicoafectiva, familiar e social. Estima-se que, em todo o mundo, aproximadamente 1,2 milhões de crianças em situação de fim de vida necessitam de CPP (*Worldwide Palliative Care Alliance*, 2014).

No que diz respeito ao nível de provisão de CPP, Portugal encontra-se atualmente no Nível 3 – evidência de provisão localizada e com formação disponível (International Children’s Palliative Care Network, 2015). Este nível caracteriza-se pelo desenvolvimento ativo de CPP através de múltiplas fontes de financiamento, disponibilidade de morfina, existência de entidades prestadoras de CPP independentes do sistema nacional de saúde e, ainda, a existência de iniciativas de educação (cursos básicos, cursos pós-graduados, entre outros). Com efeito, não

existem dados estatísticos nacionais, mas estima-se que existam no país cerca de 6000 crianças a necessitar de CPP.

Para cuidar da criança ou do jovem, em situação de fim de vida, o enfermeiro tem de reconhecer que a criança ou o jovem, os pais e, também os irmãos, caso existam, reagem à doença de diferentes formas de acordo com diversos fatores como a personalidade, a existência de experiências anteriores e, ainda, de acordo com a percepção que têm da doença. Assim, para cuidar destas crianças e jovens, é imprescindível conhecê-las, a elas e à sua família, saber como encaram a vida e a morte e ter conhecimento das fontes de suporte emocional. Para alcançar este conhecimento o enfermeiro necessita de estabelecer uma relação de proximidade e de confiança com a criança ou jovem e sua família donde emergem inúmeras emoções. Cuidar de uma criança ou jovem, em situação de fim de vida, exige uma readaptação contínua e, no plano emocional, viver em permanência momentos muito intensos. As emoções são intrínsecas à nossa existência e na prática diária de cuidados elas emergem nas relações que o enfermeiro estabelece com a criança, o jovem e a família. Estar implicado emocionalmente no cuidar significa que isso o afeta no mais fundo do seu ser.

Assim sendo, para o enfermeiro gerir as emoções ao cuidar da criança ou do jovem em fim de vida e sua família, pode revelar-se muito exigente. O clima de elevada complexidade emocional gerado nestas situações interfere diretamente na regulação das suas próprias emoções. É difícil sofrer junto do Outro sabendo antecipadamente que as próprias emoções podem sobrepor-se à sua capacidade de cuidar o Outro. Uma das dificuldades centra-se em não negar o sofrimento que daí advém mas conseguir manter uma distância certa que permita “ficar perto do sofrimento do outro sem por isso se identificar com ele” (Abiven, 2001, p. 157). Compete ao prestador de cuidados tomar conta de si próprio, isto é “desenvolver a sua capacidade de ser, ficar atento à sua qualidade de vida, saber renovar forças” (Abiven, 2001, p. 166).

#### **1.4. Trabalho emocional**

A definição de trabalho emocional é complexa e encontra-se ligada a diversos modelos formulados por autores essencialmente das áreas da Psicologia e da Sociologia. Para (Hochschild, 1983) o trabalho emocional envolve a gestão de

emoções coerentes com as regras da organização/instituição, independentemente de estas serem diferentes das emoções do indivíduo. Para esta autora o trabalho emocional caracteriza-se por: exigir um contacto com o público, exigir que o trabalhador induza estados emocionais na outra pessoa e, ainda, permitir que os trabalhadores exerçam um controlo sobre as suas atividades a nível emocional. Desta forma o trabalho emocional possibilita gerir as emoções desencadeadas no processo de cuidar o Outro permitindo continuar com as restantes exigências do seu trabalho. Nesta perspetiva o trabalho emocional é encarado como um regulador da disposição emocional facilitando a expressão de emoções. “Parte do trabalho emocional, de cuidar em enfermagem, consiste em aprender a caminhar prudentemente entre os pólos opostos de uma identificação emocional opressiva e o afastamento da pessoa em sofrimento originador de um hiato na experiência do enfermeiro” (Magalhães, 2009, p. 89).

O trabalho emocional em contexto de enfermagem pediátrica encontra-se inscrito no processo de cuidar em enfermagem podendo mesmo ser considerado uma competência chave deste processo (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2014) contendo elevado potencial terapêutico. Cuidar em enfermagem pediátrica está impregnado de emoções. Na medida em que envolve crianças, jovens e suas famílias, a qualidade da relação terapêutica estabelecida nos processos saúde-doença assume especial importância. Desta forma, a gestão das emoções na relação terapêutica torna-se essencial podendo mesmo ser considerada uma dimensão dos cuidados. É nesta relação terapêutica, entre enfermeiro-cliente, que se encontram as vivências emocionais de quem cuida – o enfermeiro – e de quem é cuidado – o cliente. Assim se conclui que este processo relacional possui uma essência emocional que se traduz na identificação do enfermeiro com o cliente, permitindo que haja partilha da experiência de sofrimento (Morse, Bottorff, Anderson, O’Brien, & Solberg, 2006).

Na perspetiva de Maunder (2008) ser emocional é frequentemente associado a um sinal de fraqueza. No entanto, como afirma Dalai Lama (2003, p. 101), é “a experiência do sofrimento que nos liga aos outros” constituindo a base onde assenta a capacidade de empatia. Assim, uma pessoa só é afetada emocionalmente por um determinado acontecimento se se encontrar envolvida e cativada pelo mesmo. Este envolvimento também implica que o enfermeiro possua força e energia emocional de



forma a ser capaz de experienciar o sofrimento e a dor do Outro. Ainda assim, os cuidadores procuram gerir as suas respostas emocionais através de uma diminuição do seu envolvimento pessoal no sofrimento, recorrendo a estratégias de relacionamento como, entre outras, a empatia, a transmissão de tranquilidade e a distração (Morse *et al.*, 2006). Estas estratégias permitem ao cuidador imaginar o que o cliente poderá estar a sentir em vez de se envolver genuinamente na sua experiência de sofrimento.

Envolver-se emocionalmente na relação com intencionalidade, recorrendo a emoções como a simpatia, empatia e compaixão, implica um maior uso de energia. No entanto, também permite ao cuidador assegurar-se que as suas respostas perante o sofrimento do Outro são apropriadas. O nível de envolvimento do enfermeiro com o cliente é condicionado pelo foco do enfermeiro, em si mesmo ou no cliente e, ainda, se o enfermeiro responde perante o sofrimento do Outro de forma reflexa ou de forma aprendida (Morse *et al.*, 2006). No entanto, a exposição constante a situações emocionalmente intensas exige que o enfermeiro tenha a capacidade de controlar o seu envolvimento no sofrimento do Outro de forma a evitar ficar emocionalmente exausto.

O trabalho emocional deve estar focado nos clientes – a criança, o jovem e a sua família – dando especial relevo à filosofia dos CCF. No entanto deve, também, incluir os cuidadores, neste caso específico, os enfermeiros, na medida em que estes também são afetados pelas emoções dos clientes e, ainda, pelas suas próprias emoções. O trabalho emocional envolve a gestão de emoções do próprio e dos Outros. Gerir as emoções do cliente é cooperar no sentido da modificação de estados emocionais de tonalidade negativa, para estados mais serenos e de bem-estar (Diogo, 2015).

O desenvolvimento do autoconhecimento, ou seja o uso terapêutico do *Self*, é essencial para ter a capacidade de oferecer suporte emocional ao cliente pediátrico – criança, jovem e família. O enfermeiro tem de desenvolver competências que lhe permitam compreender e gerir as suas próprias emoções perante as situações da sua prática diária de cuidados. Ao cuidar de um cliente que sofre e ao ter consciência desse sofrimento o enfermeiro envolve-se na experiência de sofrimento do cliente e o sofrimento acaba por ser personificado pelo próprio enfermeiro – o enfermeiro tem consciência de si mesmo. Desta forma o sofrimento torna-se uma

experiência compartilhada entre enfermeiro-cliente (Morse *et al.*, 2006). “O envolvimento não retira objetividade. Pelo contrário permite sentir com a outra pessoa, o que expande a capacidade do próprio para compreender o significado e a profundidade da sua emoção” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 959).

Aliviar o sofrimento do Outro implica muito mais do que aliviar a dor (por exemplo através de terapêutica analgésica), implica estar disponível, escutar, conversar, recorrer ao uso do toque, posicionar ou, simplesmente, estar...em silêncio. A empatia envolve a compreensão do que o Outro está a experienciar e é frequentemente designada como a capacidade de se colocar no lugar do Outro (Hockenberry & Wilson, 2014). Na perspetiva de Morse *et al.* (2006) o uso da empatia emocional, nas interações enfermeiro-cliente, permite ao cuidador responder de uma forma profissional ao cliente reconhecendo as suas necessidades.

As ações do enfermeiro, resultantes da resposta emocional, são valorizadas pelos clientes e nestas respostas incluem-se as ações não-verbais como o contato – o toque (Morse *et al.*, 2006). Quando o enfermeiro se encontra implicado num trabalho emocional positivo os efeitos produzidos no cliente são notáveis.

Smith (2011), referenciada por (Diogo *et al.*, 2014), admite que se espera que os enfermeiros pareçam felizes e tenham a capacidade de gerir sentimentos extremos, recorrendo mesmo à repressão dos seus próprios sentimentos de forma a transmitir ao Outro um sentimento de segurança. No entanto, Damásio (2013, p. 70) refere que “travar a expressão de uma emoção é tão difícil como evitar um espirro”. Na ótica deste autor o enfermeiro pode adquirir a competência de evitar a expressão de uma emoção apenas em parte mas não na sua totalidade (*ibidem*). Também Goleman (2010) afirma que a gestão emocional se centra na perceção consciente das próprias emoções e das emoções dos Outros. Smith (2012) defende que o enfermeiro tem que trabalhar a sua própria emocionalidade para estar preparado para cuidar o Outro referindo, ainda, que a habilidade do enfermeiro reside em reconhecer que o trabalho emocional é necessário e deverá ser adaptado a cada cliente na sua individualidade.

Segundo Morse *et al.* (2006) os enfermeiros recorrem a algumas estratégias para lidar com o sofrimento, nomeadamente o afastamento, a proteção, a limitação da consciência, o distanciamento e, ainda, a negação. Na perspetiva de Mercadier

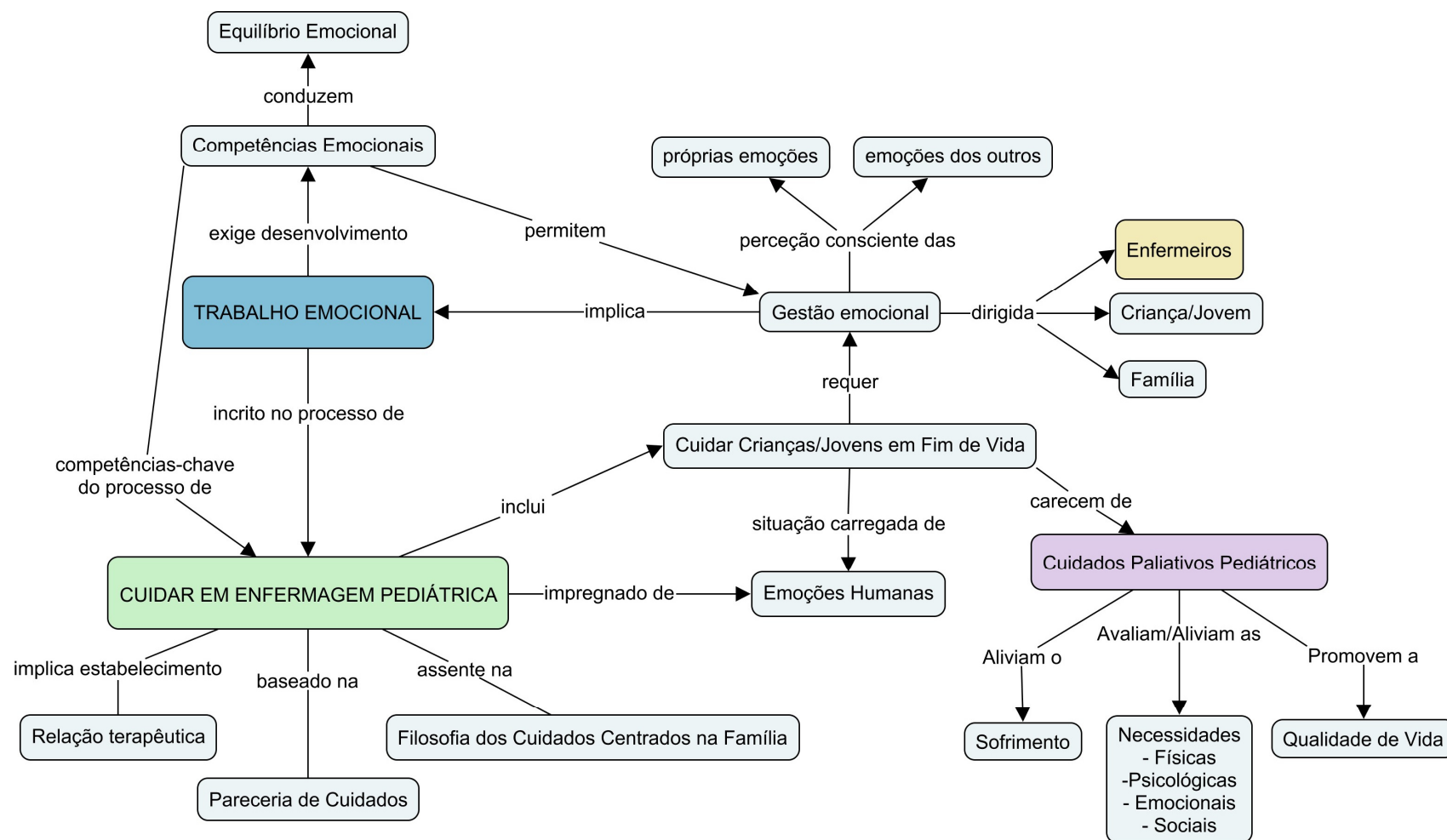
(2004) é até possível, através de atos meramente técnicos, deixar para trás o confronto direto com as emoções ou mesmo recorrer a outros recursos, fora da vida profissional, para atenuar as emoções que emergem no trabalho como por exemplo praticar um desporto ou ter um *hobby*. De facto, (*Ibidem*, p. 253) “o controlo das emoções constitui uma obrigação implícita, interiorizada pelos profissionais que cuidam durante a sua socialização profissional”.

É a consciência das próprias emoções que permite ter uma competência emocional básica (Diogo, 2015). É essencial que o enfermeiro desenvolva competências para gerir as suas próprias emoções tal como partilhar as emoções vividas em situações emocionalmente intensas e carregadas, compreender as suas respostas perante as emoções dos Outros, atenuar as experiências e, ainda, não se deixar afetar (pois o enfermeiro recorre à descentração, centrando-se nas emoções do Outro, para se manter conectado), de modo a conseguir prosseguir a sua prestação de cuidados mantendo a segurança e a qualidade dos mesmos.

Segundo Benner & Wrubel (1989), referenciados por Maunder (2008), a gestão de emoções encontra-se relacionada com a experiência e conhecimento do enfermeiro a um nível de perito. A criança e o jovem com doença crónica em fim de vida, e a sua família, encontram-se especialmente vulneráveis e dependentes dos cuidados de enfermagem, pelo que a experiência e perícia do enfermeiro é determinante para gerir as suas próprias emoções de forma a transmitir confiança (*Ibidem*, 2008).

O psicólogo Goleman (2010) dá-nos um contributo valioso, na sua tese sobre Inteligência Emocional, enumerando cinco características fundamentais para alcançar esta inteligência nomeadamente: o autoconhecimento emocional – que implica reconhecer as próprias emoções e sentimentos; o controlo emocional – lidar com as emoções adequando-as à situação vivenciada, ou seja gerir as emoções; a automotivação – motivar-se a si mesmo dirigindo as emoções no sentido da realização pessoal; o reconhecer as emoções dos Outros e, por fim, a habilidade nos relacionamentos interpessoais – implica interagir com o Outro através do recurso a competências sociais e a competências na gestão das emoções. Para Diogo (2015, p. 25) a inteligência emocional envolve “o desenvolvimento de competências humanas essenciais, como a autoconsciência, o autodomínio e a empatia, e as artes de escutar, resolver conflitos e cooperar”.

## 1.5 Mapa conceptual





## **2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO**

O problema identificado, que motivou a realização do presente projeto, centra-se na emocionalidade intensa associada à vivência da criança ou do jovem com doença crónica e em situação de fim de vida, e respetiva família, e à experiência emocional de cuidar dos enfermeiros. Estas circunstâncias constituem um desafio máximo para os enfermeiros na medida em que exigem o desenvolvimento de competências capazes de gerir as emoções do Outro, de quem cuidam e, também, as suas próprias respostas emotivas enquanto cuidadores, ao serem por elas afetados.

O objeto a estudar centra-se nas estratégias de gestão emocional adotadas pelos enfermeiros para cuidar de forma a alcançar o seu bem-estar emocional, indispensável à prestação de cuidados humanizados e holísticos a estas crianças, jovens e suas famílias. Identificar em diferentes contextos estas estratégias e correspondentes resultados torna-se assim um imperativo pessoal para a reflexão sobre a prática.



### **3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO DE ESTÁGIO**

O EE possui um conhecimento mais aprofundado numa determinada área específica da Enfermagem tendo em consideração “as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas (...)” (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro). Todos os EE partilham um conjunto de competências comuns independentemente da área de especialidade.

No percurso para o desenvolvimento de competências EEESCJ torna-se imprescindível lidar com situações da prática distintas que permitam a reconfiguração de conhecimentos previamente adquiridos, a produção de novos conhecimentos e a aquisição de novas competências. Concomitantemente, “a prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento, e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática” (Benner, 2001, p. 14). A disciplina de Enfermagem é praticada em contextos reais que encerram um elevado potencial de produção de conhecimento com vista ao contínuo desenvolvimento pessoal e profissional. Para tal, é necessário dedicar tempo à reflexão para “agir de forma esclarecida”. Torna-se então, imprescindível, refletir sobre as diversas situações de cuidados vivenciadas de forma a aprender e a evoluir, tanto a nível profissional como pessoal. De acordo com Schön (1992), citado por Fernandes & Santos (2004, p. 59), a prática reflexiva pode ser definida como “a ciência da acção que envolve a reflexão na acção, a reflexão sobre a acção e a reflexão sobre a reflexão na acção”. Revela-se, assim, necessário a criação de momentos em que a reflexão é orientada para a reconstrução mental da experiência vivida através de uma retrospectiva da acção – reflexão sobre a acção e a reflexão sobre a reflexão na acção – que proporcionam ao profissional o desenvolvimento e a construção do seu modo pessoal de conhecer permitindo determinar acções futuras, compreender futuros problemas e perspetivar novas soluções (Alarcão, 1996).

Para Watson (2002, p. 56) “(...) cuidar, é um empreendimento epistémico que (...) requer estudos sérios, reflexão, acção e uma pesquisa para novos conhecimentos que ajudarão a descobrir novos significados da pessoa e do processo de cuidar (...)”.



A reflexão constitui “um processo simultaneamente lógico e psicológico, combina a racionalidade da lógica investigativa e a irracionalidade inerente à intuição e à paixão do sujeito pensante; une cognição e afectividade num acto específico, próprio do ser humano” (Alarcão, 1996, p. 175).

Refletir sobre as práticas encara a Enfermagem de um modo mais crítico, obtendo assim novos conhecimentos a partir das experiências vivenciadas. A reflexão envolve uma ação voluntária – pensamento crítico – que proporciona à pessoa que reflete, sustentada pela evidência científica, a possibilidade de produzir mudanças nas práticas. Este pensamento é “adquirido, avaliado e organizado através do pensamento que acompanha uma situação clínica, perspetivando o melhor resultado para o cliente” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 16).

Cada situação vivenciada, caracterizada pela sua singularidade, pode e deve constituir uma oportunidade de aprendizagem se para isso nos propusermos e disponibilizarmos a refletir sobre a mesma. “A perícia desenvolve-se quando o clínico testa e refina propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios, em situações da prática real” (Benner, 2001, p. 32). Segundo a mesma autora a experiência é indispensável para a alcançar a perícia.

### **3.1. Objetivos gerais e objetivos específicos**

Os objetivos gerais, transversais aos diferentes contextos, foram delineados tendo por base a problemática que motivou este percurso formativo e as competências definidas pela OE para EEESCJ.

Assim, definem-se como objetivos gerais a alcançar no decurso dos contextos de estágios:

- A. Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem, especializados em saúde da criança e do jovem, nos seus processos de saúde-doença e nas diferentes etapas de desenvolvimento;
- B. Desenvolver estratégias de gestão emocional, como intervenção terapêutica de enfermagem, na relação enfermeiro-criança ou jovem, com doença crónica em situação de fim de vida, e família.

Os objetivos específicos, inscritos nos objetivos gerais expostos, tornam-se essenciais para orientar a planificação das atividades propostas. Desta forma os objetivos específicos estabelecidos foram os seguintes:

1. Caracterizar a estrutura de cada contexto de estágio realçando a dinâmica da equipa de enfermagem e os aspetos relacionados com a gestão das emoções na prática de cuidados;
2. Analisar as estratégias de comunicação adequadas às diferentes etapas de desenvolvimento da criança, do jovem e sua família;
3. Estabelecer uma relação de parceria de cuidados com a criança, o jovem e sua família assente na filosofia dos CCF;
4. Aprofundar conhecimentos sobre estratégias de gestão emocional no cuidar da criança e do jovem, com doença crónica, em situação de fim de vida;
5. Despertar a sensibilidade da equipa de enfermagem para os benefícios do recurso a estratégias de gestão emocional como instrumento terapêutico;
6. Desenvolver uma prática reflexiva contínua, baseada na experiência, para a aquisição de competências de gestão emocional.

Para a concretização dos objetivos propostos mobilizei diversos recursos entre os quais, recursos humanos, físicos, materiais e temporais. No âmbito dos recursos humanos destaco o contributo fundamental dos enfermeiros chefes, dos EEESCJ orientadores, dos enfermeiros peritos nas diferentes áreas de intervenção e, ainda, das equipas de enfermagem. Também as crianças, os jovens e suas famílias, enquanto binómio central do cuidar em enfermagem, constituíram um elemento decisivo ao longo deste processo.

Enquanto recurso material dou especial ênfase ao **Guia Orientador das Atividades de Estágio** (Apêndice I) que foi elaborado tendo por base o Projeto de Estágio inicialmente delineado, e que constituiu um instrumento facilitador na organização dos objetivos e das atividades a desenvolver nos diferentes contextos de cuidados, uma vez que permitiu a sua preparação prévia. A apresentação deste instrumento, no início de cada experiência, à chefia e ao enfermeiro orientador permitiu a sua adequação a cada contexto de cuidados na medida em que foi

necessário efetuar algumas reformulações por confronto com as realidades encontradas e oportunidades aprendizagem. Menciono, também, os livros, as bases de dados, nacionais e internacionais, os artigos científicos, os documentos dos diferentes serviços (normas, protocolos, manuais, entre outros) que orientaram o saber científico e ético a par do saber experiencial e pessoal. Temporalmente, as atividades delineadas sucederam-se de acordo com o previsto no **Cronograma dos Estágios** (Apêndice II) que foi construído inicialmente. No que respeita aos recursos físicos menciono todos os contextos de cuidados em que estagiei pelas experiências que ali surgiram.

As experiências de estágio serão descritas e analisadas separadamente de acordo com as atividades transversais aos diferentes contextos e, em seguida, de acordo com as atividades específicas por contexto de cuidados.

### **3.2. Atividades transversais desenvolvidas nos diferentes contextos**

As atividades desenvolvidas refletem as experiências em estágio sustentadas nos referenciais teóricos da disciplina de Enfermagem e na evidência científica. Foi sendo necessário realizar algumas adaptações às atividades inicialmente delineadas de forma a dar resposta às especificidades de cada contexto, às necessidades das equipas de enfermagem e, também, às necessidades de cada criança, jovem e família.

Em todos os contextos de cuidados, no início de cada estágio foi possível **realizar uma reunião com o enfermeiro chefe e enfermeiro(s) orientador(es)** com o objetivo de apresentar o projeto através do Guia Orientador das Atividades de Estágio já mencionado. Esta atividade permitiu dar a conhecer as motivações pessoais, profissionais e académicas que justificaram o projeto inicial e o percurso delineado. Abordei o problema identificado e o objeto de estudo que resultou da análise e posterior reflexão sobre as minhas necessidades formativas, e que motivaram o investimento nesta área, assim como a sua atualidade e pertinência para a equipa de enfermagem, para a prática diária de cuidados nos diferentes contextos e para a criança, o jovem e sua família como beneficiários dos cuidados prestados.

As atividades acima mencionadas permitiram realizar um **levantamento das necessidades da equipa de enfermagem em cada contexto**, aperceber-me da

sua receptividade à problemática do projeto em desenvolvimento, delinear novas atividades específicas para cada contexto e, ainda, ajustar algumas atividades anteriormente delineadas às condicionantes encontradas. Para tal, expressei total flexibilidade e adaptabilidade, do projetado inicialmente, às necessidades e condicionantes existentes. Esta abordagem inicial facilitou o processo de integração nas equipas de enfermagem e consequente desenrolar dos estágios.

A constante procura de cuidados de enfermagem de excelência exige aos profissionais um contínuo aperfeiçoamento das suas competências teóricas e práticas. Torna-se, por isso, indispensável a constante atualização de conhecimentos teóricos, que contribuam para uma prática profissional que responda a situações cada vez mais complexas, específicas e exigentes (Fonseca, 2015). Desta forma, ao longo deste percurso, foi fundamental uma **pesquisa bibliográfica regular e sistemática** que implicou a consulta de literatura dos referenciais teóricos da disciplina de Enfermagem e de artigos representativos da mais atual evidência científica. Para tal realizei pesquisa em bases de dados electrónicas, nacionais e internacionais, tendo selecionado os artigos mais recentes e que melhor se enquadravam na temática em estudo. A leitura e a análise crítica dos artigos, permitiram o confronto direto entre a evidência científica atual e as situações da prática de cuidados vivenciadas nos diferentes contextos de estágio. Para além do já referenciado demonstraram-se, também, indispensáveis como suporte teórico na elaboração do presente relatório. A procura constante de novos conhecimentos que contribuam para o desenvolvimento de cuidados de enfermagem de qualidade deve ser uma constante nas práticas profissionais dos enfermeiros (Fonseca, 2015). Reforça-se aqui a **prática baseada na evidência** que permite combinar o conhecimento com a experiência na prática clínica tornando-se uma ferramenta decisiva na construção, implementação, avaliação e reformulação do processo de enfermagem recorrendo ao pensamento crítico para a tomada de decisão com base no conhecimento científico existente (Hockenberry & Wilson, 2014).

Durante todo o percurso procurei **identificar e analisar situações emocionalmente intensas no cuidar da criança e do jovem com doença crónica, em situação de fim de vida, e respetiva família**. Contudo por se tratar de uma situação de cuidados muito específica, em alguns dos contextos não surgiu esta oportunidade. Ainda assim, em três dos contextos essa oportunidade de

contato direto, observação, análise e **cooperação nos cuidados** prestados tornou-se possível. Apenas num contexto de estágio não houve essa oportunidade, tendo sido realizada uma adaptação da atividade.

### **3.3. Atividades específicas desenvolvidas em cada contexto**

“A teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem aprender pela teoria” (Benner, 2001, p. 62). É o confronto da teoria com a prática clínica que permite o desenvolvimento de novos conhecimentos e a aquisição de saberes e competências que resultam da experiência. Pretende-se, então, explicitar esta dialética decorrente das experiências nos diferentes contextos de estágio.

#### **Internamento de Pediatria Oncológica**

O primeiro estágio foi realizado num Internamento de Pediatria Oncológica, integrado num hospital de referência. Este serviço reúne um setor de internamento, uma consulta externa de pediatria e um hospital de dia. A sua missão centra-se na assistência à criança ou ao jovem com doença oncológica e respetiva família e desenvolve-se nas diferentes fases da doença, desde o diagnóstico, ao tratamento curativo e paliativo e, ainda, em fim de vida. A escolha deste local adveio do facto de se tratar de um contexto de cuidados de referência nacional a nível da oncologia pediátrica e nomeadamente em CPP. A especificidade deste contexto permitiu desenvolver competências na **promoção da adaptação da criança, do jovem e sua família à doença crónica, doença oncológica**, deficiência/incapacidade (E2.5).

Este contexto caracteriza-se por uma elevada carga emocional que lhe é inerente. Durante o período de estágio o serviço permaneceu sempre com lotação máxima tendo tido a oportunidade de **assistir crianças e jovens, acompanhados pelas suas famílias, ou pessoa significativa**, em diferentes fases da doença oncológica. Neste contexto a necessidade da gestão de emoções é permanente, seja pelo diagnóstico inesperado de uma doença oncológica, pelas hospitalizações recorrentes e por tempo indeterminado, ou pela necessidade imperativa de terapêutica que induz inúmeros efeitos adversos indesejáveis. A acrescentar a necessidade de adaptação da família condicionada pela doença e hospitalização de um dos seus membros. Estes aspetos permitiram diagnosticar necessidades

especiais e incapacidades na criança e no jovem (**E2.5.1.**) e família que implicam intenso sofrimento.

Trata-se de um serviço que desenvolve a sua prática de cuidados tendo em conta a filosofia dos CCF, privilegiando a parceria de cuidados, e tendo a preocupação *major* de minimizar os efeitos negativos da doença e da experiência de hospitalização. Assim, tornou-se possível, em diferentes situações de cuidados, **capacitar a criança, o jovem e sua família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação à situação de doença e à hospitalização (E2.5.2)** de forma a obterem respostas adequadas a estas contingências.

Esta experiência de estágio foi marcada por uma necessidade constante de **desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências no âmbito da comunicação** com a criança, o jovem e respetiva família, adaptadas à etapa de desenvolvimento (**E3.3**) e na procura do estabelecimento de uma relação terapêutica aspeto fundamental na prestação de cuidados de enfermagem de alta qualidade (Hockenberry & Wilson, 2014). Foram inúmeras as oportunidades de desenvolver competências comunicacionais com crianças e jovens, em diferentes etapas de desenvolvimento e, em situações de cuidados muito específicas e distintas. Foi possível o **acompanhamento de um jovem e sua família no impacto inicial de um primeiro internamento** no serviço de oncologia para investigação e determinação do diagnóstico, assim como o **acompanhamento de uma criança e sua família em situação de fim de vida**. Foi ainda possível **acompanhar crianças, jovens e suas famílias integradas em programas de CPP** em ambulatório (hospital de dia) e em contexto de internamento. A diversidade de situações tornou-se exigente pelas suas particularidades e necessidades individuais, mas ao mesmo tempo amplamente enriquecedora. Neste contexto senti a necessidade de elaborar um **Jornal de Aprendizagem** (Apêndice III) com o propósito de ilustrar e partilhar parte da riqueza desta experiência.

O **método de trabalho** é o de enfermeiro de referência, no qual um enfermeiro é designado como responsável por cada criança ou jovem e sua família desde o momento da admissão até à alta e, sempre que possível, em internamentos subsequentes. Assim, o enfermeiro participa na reunião com o médico responsável, no momento da admissão, com vista ao esclarecimento do motivo de internamento, do diagnóstico ou possibilidade de diagnóstico, tratamento previsto e prognóstico.

Posteriormente incumbe ao enfermeiro de referência a transmissão desta informação ao enfermeiro coordenador e à restante equipa na passagem de ocorrências. É, também, responsável por realizar o **acolhimento** ao serviço dando início à colheita de dados com o preenchimento de impresso próprio que vai sendo completado e atualizado, ao longo do internamento, com novas informações relevantes. O acolhimento constitui um momento crucial para fornecer informações permitindo à criança, ao jovem e à família compreender o que se está a passar e, assim, contribuir para um maior controlo da situação sentindo-se mais calmos (Diogo, 2015). É, ainda, da sua responsabilidade a referenciação da criança, do jovem e sua família para outras especialidades, sempre que identificada essa necessidade, como sejam, assistência social, dietética e psicologia. No decorrer do estágio surgiram situações em que esta referenciação implicou o contato com o centro de saúde de referência (enfermeiro de família) e com o hospital da área de residência, enquanto instituições de suporte, **(E2.5.6)** com objetivo de assegurar a continuidade dos cuidados ao nível da comunidade. O acompanhamento da enfermeira orientadora EESCJ, enquanto enfermeira de referência de algumas crianças e jovens, permitiu cooperar continuamente na sua atuação. Esta posição privilegiada permitiu, também, um **conhecimento mais próximo da criança, do jovem e sua família possibilitando a identificação das suas preferências e necessidades individuais** com adequação da abordagem e estratégias utilizadas no processo de cuidar. Este aspeto tornou-se facilitador na **construção da relação terapêutica** e na procura contínua de transformar a experiência de doença e hospitalização numa experiência emocionalmente positiva. Foi, assim, possível desenvolver uma relação dinâmica com crianças, jovens e suas famílias com adaptação adequada **(E2.5.3)**. Este modelo assistencial promove a humanização e a individualização dos cuidados incentivando a participação ativa da criança, do jovem e sua família.

Como estratégia para incentivar a participação ativa da criança e do jovem o enfermeiro recorre com frequência à brincadeira terapêutica. Brincar é a forma universal das crianças se expressarem constituindo uma das formas mais importantes de comunicar com a criança e, assim, estabelecer uma relação com ela (Hockenberry & Wilson, 2014). Através do brincar a criança expressa o medo, a ansiedade, os seus desejos e as experiências vividas tendo, assim, a possibilidade



de libertar emoções, tensões e frustrações. Desta forma brincar constitui um meio privilegiado para as crianças e jovens expressarem sentimentos e emoções com vista a alcançarem bem-estar, maior autocontrolo, capacidade de lidar com as situações e, conseqüentemente, um meio de construir a relação de confiança (Pereira, Nunes, Teixeira, & Diogo, 2010). Brincar é um direito da criança que deverá ser preservado e incentivado mesmo nas situações em que a sua saúde se encontra comprometida. Enquanto atividade constitui “um elemento basilar em todo o processo dinâmico de construção do *ser criança*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 85). Os enfermeiros recorrem muitas vezes ao **brincar terapêutico** com o intuito de minimizar os efeitos negativos associados à hospitalização e à realização de procedimentos terapêuticos com potencial doloroso.

Outra preocupação constante da equipa de enfermagem centra-se na **promoção da esperança e no apoio emocional à criança, ao jovem e à sua família**. A esperança é um processo dinâmico, multidimensional e central na vida (Charepe, Figueiredo, Vieira, & Neto, 2011) que “fortalece as defesas psicológicas e fisiológicas em situações de vivência de doença crónica” (Ordem dos Enfermeiros, 2011b, p. 9). Ter esperança é ter a capacidade de reconhecer o limite das situações sem deixar de acreditar que as oportunidades ainda são possíveis (Magão & Leal, 2002). O envolvimento emocional do enfermeiro contribui para a promoção da esperança na medida em que gera confiança e solidariedade na relação estabelecida com a criança, o jovem e a sua família. Promover a esperança contribui para encarar e tentar ultrapassar o sofrimento vivenciado (Charepe, 2014). Neste âmbito foi possível concretizar de diversas atividades das quais evidencio: escutar ativamente, manifestar disponibilidade, estar presente, privilegiar momentos de expressão de sentimentos, emoções e vivências, incentivar a comunicação, transmitir pensamentos positivos, elogiar o envolvimento da família e orientar os pais para grupos de suporte (**E2.5.5**).

Participei, ainda, durante este período nas **1<sup>as</sup> Jornadas de Cuidados Paliativos Pediátricos – Mitos e Realidades** (Anexo I), que decorreram no dia 2 e 3 de outubro de 2015. A participação nestas jornadas justifica-se pela importância da integração dos CPP no cuidar da criança ou do jovem com doença crónica em situação de fim de vida e respetiva família. Os temas desenvolvidos no decorrer destas jornadas enquadram-se na temática do presente relatório. Posso destacar a



conferência – *illuminating the private worlds of professionals who care for children who die* – que teve como foco central os profissionais de saúde que cuidam da criança e do jovem em fim de vida. Foram abordados aspetos como a vulnerabilidade dos profissionais, a importância de aliviar o sofrimento dos profissionais e, ainda, estratégias de gestão emocional, com vista à prevenção do *burnout*, das quais saliento: o trabalho em equipa; a identificação de forças e fraquezas no seio da equipa; o treino em equipa (escuta ativa, técnicas de comunicação) e a necessidade de espaço para a partilha de experiências, sentimentos e emoções. Há que salientar que todas as conferências focaram aspetos transversais aos CPP como a necessidade de criação de equipas multidisciplinares com formação e treino específico e, a sua intervenção dirigida à criança, ao jovem e à sua família no contexto em que estes se enquadram, independentemente da fase da doença, procurando uma abordagem holística que responda às suas necessidades promovendo a qualidade de vida e a diminuição do sofrimento. Participei, ainda, nestas jornadas com a **exposição de um poster intitulado “Cuidados Paliativos Pediátricos – Da Prática Clínica à Problemática do Fim de Vida”** (Apêndice IV) sobre um caso clínico de uma criança com doença crónica e em situação de fim de vida, e respetiva família, abordando aspetos clínicos e éticos inerentes a esta condição.

Por sugestão da enfermeira orientadora, no âmbito das comemorações da Semana Mundial dos Cuidados Paliativos de 2015, participei na **visualização do documentário *Little Stars – Accomplishing The Extraordinary in The Face of Serious Illness*** (Anexo II). A projeção do documentário foi seguida de um debate com a participação de personalidades relevantes da área dos CP a nível nacional. Neste documentário são apresentados diversos testemunhos reais de crianças, jovens e famílias que enfrentam uma doença crónica complexa, limitante da qualidade de vida, enquadradas em programas de CPP em diferentes países do mundo. As histórias apresentadas demonstram os resultados dos CPP devolvidos em esperança, amor, alegria e realização face ao inevitável.

### **Cuidados de Saúde Primários**

Em continuidade o segundo contexto de estágio teve lugar numa Consulta Externa de Pediatria de um hospital central. Trata-se de uma unidade funcional destinada à prestação de cuidados diferenciados em ambulatório, ao Recém-

Nascido (RN), à criança e ao jovem – dos 0 até aos 17 anos e 364 dias, com horário de funcionamento de segunda a sexta-feira das 8 às 18 horas. A sua área de influência inclui o próprio hospital sendo, também, centro de referência para a região sul do país, ilhas e para os países africanos de língua oficial portuguesa. As crianças são referenciadas para esta consulta a nível interno do serviço de urgência e dos diferentes serviços de internamento e, também, de outros hospitais, dos centros de saúde ou do pediatra particular. Assiste maioritariamente crianças e jovens com doença crónica num total de 35 especialidades médicas e cirúrgicas e, ainda, a consulta de neonatologia.

O **método de trabalho** preconizado nesta unidade é o de enfermeiro de referência existindo enfermeiros de referência para as diferentes consultas de enfermagem por área de especialidade. Assim sendo, a criança, o jovem e a família têm sempre uma equipa de enfermagem de referência, constituída em média por 4 ou 5 enfermeiros, responsável pela realização das consultas de enfermagem e pela articulação dos cuidados com a equipa médica dessa especialidade, com as equipas médicas de outras especialidades e, também, com os centros de saúde e hospitais da área de residência.

Os **registos de enfermagem** são realizados na aplicação informática Glintt®, no *desktop* de enfermagem, que tem vindo a sofrer contínuas atualizações com vista a implementação do processo de enfermagem com linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Foi neste âmbito que frequentei o **curso “Processo de Enfermagem Informatizado com CIPE versão 2.0 no CHLN”** (Anexo III) com a duração de 18 horas. A frequência desta formação foi fundamental para a execução dos registos no *desktop* de enfermagem e a operacionalização da linguagem CIPE no levantamento de diagnósticos e intervenções de enfermagem.

A consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil cumpre o recomendado no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil divulgado pela Direcção-Geral de Saúde em 2012. As consultas são planeadas de acordo com as idades-chave e encaradas como uma oportunidade essencial para a vigilância da saúde e incentivo ao cumprimento do Programa Nacional de Vacinação. É de salientar a importância dos cuidados antecipatórios na medida em que permitem identificar as dificuldades e as necessidades da criança, do jovem e da família apoiando-os e orientando-os,

efetivamente, através da sua capacitação, otimizando assim, todas as suas potencialidades enquanto sistema familiar. Fornecer uma orientação antecipada constitui a melhor estratégia de prevenção permitindo lidar com as situações antes que estas se tornem um problema (Hockenberry & Wilson, 2014). Neste contexto, a equipa procura atuar desde a primeira consulta, e nas consultas subsequentes, nestes aspetos fundamentais da promoção da saúde (aleitamento materno, alimentação saudável, saúde oral, hábitos de sono saudáveis, entre outros) e da prevenção da doença (otimização das imunizações previstas, prevenção de acidentes, prevenção de riscos inerentes à exposição solar, entre outros) recorrendo para tal a técnicas de comunicação adequadas a cada criança, jovem e família. Estas consultas decorrem sempre no mesmo espaço físico o que permite que este esteja cuidadosamente decorado, pela equipa de enfermagem e pelas educadoras da unidade, com elementos distrativos adequados às diferentes idades/etapas de desenvolvimento procurando, desta forma, torná-lo num espaço mais acolhedor, seguro e afetoso contribuindo para a gestão de emoções (**B3**). Durante o estágio foi possível a **observação participante em inúmeras Consultas de Saúde Infantil e Juvenil** o que me possibilitou evoluir, no decorrer do mesmo, para executante autónoma nas diferentes intervenções concretizadas. Estas consultas constituem um momento privilegiado para a execução de diversas intervenções permitindo-me **avaliar o crescimento e o desenvolvimento** do RN, da criança e do jovem (**E3.1.1 e E3.1.2**), incentivar a adopção de comportamentos promotores de saúde (**E1.1.5**), detetar precocemente situações que possam comprometer ou afetar a qualidade de vida (**E1.2.1**), identificar situações de risco (**E1.2.4**) e avaliar conhecimentos e comportamentos relativos à saúde (**E1.2.7**). No sentido da promoção do desenvolvimento da criança e do jovem o enfermeiro deverá demonstrar a “capacidade de fomentar a aliança parental, através de uma intervenção flexível e de partilha, bidirecional, sabendo ouvir e atribuir a importância devida aos seus conhecimentos e experiência” (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Neste contexto de estágio tive, ainda, a oportunidade de colaborar, através de uma **observação participante, na Sala de Vacinação e na Sala de Colheitas** onde são realizados maioritariamente procedimentos invasivos. A equipa encontra-se sensibilizada e investe na adoção de estratégias que regulam os **Cuidados Não Traumáticos** (CNT) cuidar através de intervenções terapêuticas que eliminam ou

minimizam o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança, jovem e família com o objetivo principal de não causar dano (Hockenberry & Wilson, 2014). No entanto reconhece-se que os CNT vão muito para além do alívio e minimização da dor, englobando aspetos como o conforto da criança e do jovem, a diminuição de *stressores*, a adequação da comunicação à etapa de desenvolvimento, o recurso a estratégias não farmacológicas, a possibilidade de permanecerem acompanhadas e o incentivo à sua participação nos cuidados. Tratando-se de uma unidade com uma elevada afluência de crianças e jovens, houve oportunidade para inúmeras experiências que possibilitaram uma observação participante centrando a minha atuação na **preparação da criança, jovem e família para a realização dos procedimentos**. Desta forma, adqueei diversas estratégias, com vista a incentivar a expressão de sentimentos, receios, medos, dúvidas e emoções relacionadas com os procedimentos, para alcançar uma melhor gestão emocional e bem-estar das quais realço o fornecimento de informação, a disponibilidade para responder às dúvidas, o toque, o silêncio e o reforço positivo (**E3.4.1**).

Incentivei e promovi também a aplicação de conhecimentos e habilidades em **terapias não farmacológicas para o alívio da dor (E2.2.3)**. Neste âmbito, como exemplos menciono diversas estratégias não farmacológicas, apropriadas à etapa de desenvolvimento da criança ou jovem, que foram aplicadas: a vacinação e a colheita de sangue em *lactentes* – ao colo da mãe com recurso à amamentação, ao colo da mãe/pai ou pessoa significativa com estímulo à sucção não nutritiva e a colocação de música ambiente suave e tranquilizadora; em *toddlers* – ao colo da mãe/pai ou pessoa significativa com recurso à técnica do abraço, cantando uma canção escolhida pela própria criança, possibilitando e incentivando a presença do brinquedo favorito; em crianças em *idade pré-escolar* – incentivando a participação nos cuidados, com recurso a técnicas de relaxamento como a respiração profunda ou a imaginação guiada; em *adolescentes* – com recurso a técnicas de relaxamento, permitindo o uso do telemóvel e a escolha da estação de rádio/música, entre outras estratégias. Como instrumento reflexivo e de aprendizagem realizei um **Jornal de Aprendizagem** dedicado a esta tema (Apêndice V).

Saliento, fazendo referência às competências específicas do EEESCJ “cuidar da criança e do adolescente com dor exige, para além de um franco conhecimento dos fármacos analgésicos existentes (...) uma consciência perfeita e profunda de

terapias não farmacológicas no alívio da dor” (Ordem dos Enfermeiros, 2013, p. 7). Consequentemente participei a uma **Sessão de Formação em Serviço sobre “Hipnose Pediátrica”** que incidiu sobre técnicas adjuvantes para alívio da dor e ansiedade entre as quais “a luva mágica” e “o meu lugar preferido” que foram demonstradas através de um exercício prático. Posteriormente os conteúdos desta sessão foram levados para a prática com entusiasmo da equipa.

Este contexto proporcionou uma **observação participante em diversas consultas de enfermagem**, primeira consulta e consulta de seguimento, a crianças e jovens com **doença crónica**, acompanhados pela família/pessoa significativa, das quais evidencio a Asma, a Diabetes *Mellitus* Tipo I e a Fibrose Quística. Nestas consultas, de entre outros aspetos, é considerado essencial a **adesão ao regime terapêutico**. A gestão do regime terapêutico é inicialmente assumida pela família sendo posteriormente transferida, progressivamente, para a criança e jovem com supervisão. A adesão é a “acção auto-iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhada num conjunto de acções ou comportamentos” (Ordem dos Enfermeiros, 2011a, p. 93). Na adolescência a adesão ao regime terapêutico assume especial importância na medida em que este período é caracterizado por inúmeras alterações fisiológicas e psicossociais com interferência direta naquele aspeto. Foi assim possível cooperar com a enfermeira orientadora na promoção da autoestima dos adolescentes e da sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde (**E3.4**) sendo que para tal contribuiu a relação terapêutica estabelecida, a adequação das técnicas de comunicação e o acompanhamento continuado e regular em consulta de enfermagem. É notável a necessidade de negociação junto destes jovens, com vista ao sucesso da gestão terapêutica, por exemplo através da realização de um contrato realizado na consulta que será avaliado na consulta subsequente. Cooperei em diversas situações de **negociação com o adolescente (E3.4.5)**, como por exemplo, na consulta de enfermagem de Diabetes *Mellitus*, negociar os horários de avaliação da glicémia capilar e, ainda, os locais de administração de insulina durante o período letivo. Um período destas consultas é totalmente dedicado à validação das orientações fornecidas em consultas anteriores, à avaliação das aprendizagens, ao incentivo às capacidades, à valorização das potencialidades e ao elogio das habilidades conquistadas (**E1.2.7**). Um fator que considero exímio no planeamento

destas consultas, especificamente nesta etapa de desenvolvimento e considerando a individualidade de cada jovem e família, é a realização de uma parte da consulta só na presença do jovem proporcionando-lhe um momento facilitador para expressar sentimentos, medos, receios e emoções.

Um dos aspetos essenciais, transversal às diferentes consultas de enfermagem e ao atendimento de enfermagem na vacinação e na sala de colheitas, prende-se com a adequação das **técnicas de comunicação** à etapa de desenvolvimento da criança e do jovem (**E3.3 – E3.3.1**) assim como o respeito pelas suas crenças, valores e cultura (**E3.3.2, A2.1.6, A2.1.8 e B3.1.3**). O crescente fenómeno de migração e o acordo vigente da instituição com os países africanos de língua oficial portuguesa tornam a multiculturalidade uma realidade constante neste contexto e consequente necessidade de adaptação da equipa. Neste contexto, posso destacar alguns aspetos com que me confrontei no decorrer da consulta de neonatologia, onde é claramente evidente a interferência da cultura, como a amamentação, a diversificação alimentar no primeiro ano de vida da criança, os cuidados de higiene e a vacinação. Conhecendo de antemão a vulnerabilidade dos grupos culturais a equipa procura desenvolver a capacidade e a disponibilidade para trabalhar com diferentes culturas com vista a uma **prestação de cuidados culturalmente sensíveis e competentes (E1.1.2)**. Conforme preconizado pela OE (2001, p. 10) o enfermeiro “distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural (...)”.

Acresce às valências anteriormente referenciadas o recente projeto abraçado por esta unidade – a Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD). A UMAD realiza visitas domiciliárias, a crianças e jovens com doença crónica, acompanhadas neste centro hospitalar, que requerem cuidados de enfermagem diferenciados promovendo a transição dos cuidados do meio hospitalar para o domicílio. O que motiva e justifica os cuidados no domicílio é a necessidade que a família tem em alcançar as competências e reunir as condições para cuidar em casa e, ainda, obter o consentimento dos profissionais para trabalhar em parceria para atingir esse fim. Estas visitas ocorrem todas as semanas, entre terça e sexta-feira, sendo destacado para cada dia um enfermeiro que realizará as visitas domiciliárias previamente programadas. Sempre que necessário, após identificação antecipada dessa mesma necessidade, o enfermeiro é acompanhado por profissionais de outras áreas –

assistente social e psicólogo. Promove-se também, a articulação com os cuidados de saúde primários e outras estruturas da área de residência que possam cooperar para a satisfação das necessidades destas crianças e jovens na comunidade. Garantir esta articulação “é um pilar fundamental para a continuidade dos cuidados, devendo ser utilizados todos os recursos da comunidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2011b, p. 79). A visita domiciliária constitui um “elemento fundamental na vigilância e promoção de saúde, em particular (...) nas situações de doença prolongada ou crónica” (Direcção-Geral de Saúde, 2012, p. 5) uma vez que permite “avaliar as condições habitacionais susceptíveis de influenciar a manutenção da saúde da criança e da família” (Ordem dos Enfermeiros, 2011b, p. 93). Neste âmbito, são acompanhadas crianças, jovens e famílias nas especialidades de Pneumologia, Neonatologia, Neurologia e Endocrinologia (Doenças Metabólicas). No decorrer do estágio tive a oportunidade de acompanhar a enfermeira orientadora, por dois dias, na **realização das visitas domiciliárias de enfermagem** o que constituiu uma experiência muito enriquecedora na medida em que foi possível uma observação participante no cuidar destas crianças e jovens com doença crónica no domicílio. A equipa reúne todos os esforços de modo a proporcionar a melhor qualidade de vida a estas crianças, jovens e suas famílias através do estabelecimento de uma relação de parceria onde as decisões são partilhadas. Neste contexto domiciliar é possível constatar que a família, quando criadas as condições e suportes necessários e potenciadas todas as suas capacidades, constitui a melhor prestadora de cuidados. “Com apoio e treino adequados, atualmente, as famílias podem cumprir tratamentos e procedimentos complexos em casa” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 901). Esta colaboração permitiu-me desenvolver competências relacionadas com a adaptação da criança, do jovem e da família à doença crónica, com deficiência ou incapacidade nomeadamente a nível do domicílio (**E2.5**).

Estas visitas também são realizadas a crianças, jovens e famílias em que foi identificado algum factor de risco no sentido de avaliar a necessidade de intervenção e sinalização para outros recursos. Colaborei numa visita domiciliária a um jovem e família (mãe), após alta hospitalar em que a referenciação à UMAC justificou-se pela necessidade de ser assegurado o cumprimento do plano terapêutico no domicílio. No decorrer desta visita verificou-se que o plano terapêutico não estava a ser cumprido assim como o jovem carecia de cuidados de higiene e não estava vestido



com roupa adequada. Esta visita permitiu **identificar uma situação de risco** (negligência) e **colaborar no seu encaminhamento (E1.2.4)** para os recursos adequados.

Ainda no contexto deste novo projeto – UMAD, considerando que uma grande maioria destas crianças e jovens se enquadrariam em programas de CPP, os elementos da equipa de enfermagem referiram interesse em aumentar conhecimentos neste âmbito tendo surgido a motivação para a **realização de uma Sessão de Formação em Serviço sobre “Cuidados Paliativos Pediátricos”** (Apêndice VI), com vista à sensibilização e esclarecimento da equipa de enfermagem. A sessão de formação decorreu na fase final da reunião semanal da equipa de enfermagem que ocorre todas as sextas-feiras entre as 8 e as 9 horas. Ao longo do estágio tive a oportunidade de assistir a diversas **reuniões da equipa de enfermagem**, que constituem um momento dedicado à partilha de novas informações por parte da chefia, à resolução de conflitos, à adequação de estratégias facilitadoras da organização do serviço e, também, à partilha de sentimentos e emoções decorrentes das experiências vividas na prática de cuidados ao longo da semana. Embora esta reunião não constitua uma sessão formal, no final da mesma, há sempre um espaço dedicado a esta partilha de vivências à qual os elementos aderem referindo sentir essa necessidade. Este espaço destinado ao diálogo e à partilha, permite uma reflexão crítica sobre as práticas através da qual se procura modificar dinâmicas de trabalho e se atualizam conhecimentos promovendo a aprendizagem e o crescimento do grupo. A consciencialização dos sentimentos e emoções vividas, através da análise e reflexão das situações da prática, facilita a cada um em particular e ao grupo caminhar para um equilíbrio emocional. Desta forma, os enfermeiros através de conversas informais com os pares partilham o que sentem e analisam as experiências vivenciadas contribuindo para a regulação da sua disposição emocional (Diogo, 2015).

### **Urgência de Pediatria**

Na continuidade deste percurso sucedeu-se o estágio numa Unidade de Urgência Pediátrica. Considero, pertinente salientar que o facto de já possuir experiência em contexto de urgência pediátrica facilitou a integração na equipa, nas dinâmicas do serviço e intervenções, permitindo a adequação dos objetivos e



atividades. Procurei neste contexto enriquecer a minha experiência prévia enquadrada numa equipa e realidade muito distintas.

A unidade onde decorreu o estágio encontra-se integrada num centro hospitalar distrital e tem como missão atender com eficácia, eficiência e qualidade os doentes urgentes/emergentes em idade pediátrica, provenientes do domicílio ou referenciados pela Linha de Saúde 24, centros de saúde e hospitais primários da área de abrangência. A afluência a este serviço é variável ao longo do ano, havendo períodos de maior procura como seja o inverno, período em que decorreu o estágio. Recorrem a esta unidade crianças com uma grande diversidade de patologias e com diferentes níveis de gravidade. Constituindo um hospital de referência para o distrito e tendo uma área de afluência bastante vasta assiste crianças gravemente doentes que carecem de cuidados imediatos, com patologias muito diversificadas. Os principais motivos de recorrência a esta unidade prendem-se com alterações do padrão respiratório (dificuldade respiratória, rinorreia, tosse), as alterações gastrointestinais (vómitos incoercíveis, dejeções líquidas, recusa alimentar) muitas vezes aliadas à hipertermia e a queixas algicas e, ainda, os acidentes (quedas, traumatismos, ingestão accidental de produtos/medicamentos, acidentes de viação). Esta unidade, como é característico dos serviços de urgência, é procurada de forma inadequada uma vez que a grande maioria das situações que motivam esta procura encontrariam resposta ao nível dos cuidados de saúde primários. Esta situação contribui para a sua superlotação, sobrecarga de trabalho para os profissionais de saúde, aumentos dos tempos de espera e consequentemente insatisfação dos utentes.

No que se refere à estrutura física, a unidade sofreu remodelações recentes quer a nível estrutural quer a nível da decoração interior tornando-a num espaço mais funcional e acolhedor adequando-se, propositadamente, ao alargamento da idade pediátrica até aos 17 anos e 364 dias. Assim, esta unidade encontra-se organizada por áreas clínicas: sala de triagem, sala de reanimação, sala de tratamentos, sala de espera, sala de sub-espera/vigilância (capacidade para 3 camas), sala de aerossóis, sala de pequena cirurgia, 2 gabinetes de observação médica, unidade de internamento de curta duração e, também, por áreas de apoio: gabinete médico, gabinete de enfermagem, sala de reuniões, entre outras. A unidade de internamento tem uma lotação para 5 unidades, sendo que 4 se

encontram distribuídas numa sala ampla, existindo numa sala contígua uma cama ou berço destinados a situações que exijam maior vigilância por instabilidade clínica, isolamento ou para proporcionar privacidade. Saliento as características da sala de triagem, com um posto de atendimento, que possui quatro portas de acesso nomeadamente para a sala de espera, a sala de reanimação, a sala de aerossóis e restante serviço e, ainda uma grande janela para a sala de aerossóis. Esta disposição assume grande importância na segurança dos profissionais, na facilidade de acesso à sala de reanimação e, ainda, na visualização direta para a sala de aerossóis onde permanecem, maioritariamente, as crianças e os jovens que carecem de maior vigilância.

Ocorre na sala de triagem o primeiro contato com a criança, o jovem e a sua família. Aqui é realizada uma primeira avaliação com estabelecimento de prioridades que garanta um atendimento adequado à sua situação clínica. Os critérios utilizados na triagem de enfermagem, definidos na abertura da unidade, encontram-se documentados em protocolo próprio que tem vindo a ser alvo de ajustes e atualizações pontuais para dar resposta às necessidades da população e às características da unidade. A **observação participante nas intervenções realizadas durante a triagem** permitiram diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns (E.1.2) especificamente através da demonstração de conhecimentos sobre as doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas (E.1.2.1).

Durante este período tive a oportunidade de **colaborar com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados à criança, jovem e família** em situações de especial complexidade (E2), entre as quais relevo como exemplo: a intoxicação medicamentosa accidental de um adolescente institucionalizado; a crise convulsiva não febril de uma criança com patologia metabólica e, ainda, a taquicardia supraventricular de uma adolescente com patologia cardíaca. Deste modo, foi possível reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte (E2.1 – E2.1.1 e E2.1.2). Aliadas a estas situações surgem aspetos indissociáveis e que vão de encontro à **gestão das emoções dos profissionais no cuidar da criança, do jovem e sua família em situação de emergência/urgência**, à comunicação de más notícias e, ainda, ao acompanhamento da família/pessoas significativas de crianças e jovens em situação de risco de vida. Esta temática, pela

sua pertinência em contexto de urgência, motivou a realização de um **Jornal de Aprendizagem** (Apêndice VII) onde é partilhada e desenvolvida uma das situações vivenciadas. Existe uma preocupação constante dos profissionais de saúde em atenuar os sentimentos de preocupação, ansiedade, angústia e medo da criança, do jovem e respetiva família inerente a um episódio de urgência. Para tal, as competências e as perícias que a equipa possui no domínio da comunicação são determinantes na interação e no estabelecimento de uma relação terapêutica efetiva.

A acrescentar às experiências expostas anteriormente surgiu uma situação muito enriquecedora em termos de aprendizagens. Tive a possibilidade de **acompanhar uma criança e respetiva família (mãe e pai), com doença crónica**, durante o seu internamento com o diagnóstico de pneumonia bilateral e que conduziu a uma situação clínica muito instável. Na minha atuação, junto da enfermeira orientadora, priorizei a promoção do máximo conforto possível à criança e família através das minhas intervenções. Assim, incentivei a presença dos pais e a sua participação na prestação de cuidados e procurei atender aos seus desejos facilitando a concretização dos exequíveis, como vestir uma roupa escolhida pela mãe e colocar música ambiente. Respeitei as decisões da família ao recusar intervenções mais invasivas, como a aspiração de secreções, e quando solicitaram um momento a sós com a criança para rezar. Promovi, após ter conhecimento da vontade da mãe e obtido o consentimento da equipa, o contato físico colocando a criança ao colo da mãe. Foi notória a preocupação e os esforços de toda equipa de enfermagem no sentido de manter os mesmos enfermeiros responsáveis pela prestação de cuidados a esta criança, com o seu acordo prévio, durante os cerca de 3 dias que ali permaneceu internada. A equipa demonstrou-se disponível e compreensiva apesar de toda emocionalidade intensa afeta a esta situação. A criança foi posteriormente transferida para o internamento de pediatria, para um quarto particular, com o intuito de proporcionar o máximo de conforto possível e permitindo a visita de outros familiares e pessoas significativas. A criança viria a falecer horas depois. Posteriormente ao seu falecimento, 2 dias depois, houve uma **reunião da equipa de enfermagem** com a presença de uma EEESCJ com formação em CPP, que já tinha exercido funções naquele serviço, na qual tive a oportunidade de estar presente. Esta reunião teve como principal objetivo dialogar

sobre esta experiência em concreto sendo que a partilha dos sentimentos e das emoções, experienciados pela equipa ao cuidar daquela criança, ocuparam especial destaque, satisfazendo, assim, a necessidade da equipa nesta partilha e reflexão conjunta. Deste modo, foi possível o desenvolvimento de competências através da aplicação de conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança e jovem (**E2.2.1**) e de conhecimentos e capacidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto (**E2.1.3**).

Cuidar num serviço de urgência/emergência pediátrica encontra-se repleto de emoções tornando-o num local com elevada carga emocional e, por isso também, extremamente stressante e exigente. A enfermagem em situação crítica constitui um desafio tanto intelectual como emocional exigindo um controlo adequado das emoções.

### **Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais**

Por fim, o último contexto de estágio decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, inserida num hospital central de referência, que integra 8 unidades de cuidados intensivos, 10 unidades de cuidados intermédios e 4 unidades de pré-saída. Esta unidade recebe RN provenientes da sala de partos da própria instituição e transferidos de outras unidades de saúde pelo Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico. Constitui uma unidade de referência a nível nacional dotada de recursos físicos e humanos capazes de assegurar a prestação de cuidados médico-cirúrgicos e de enfermagem diferenciados.

O método de trabalho é por enfermeiro de referência sendo que cada RN fica associado a um enfermeiro, que será responsável pelo seu acompanhamento, desde o momento da admissão até à transferência/alta. Neste método o foco dos cuidados de enfermagem é o binómio RN/família pretendendo-se alcançar cuidados individualizados de alta qualidade.

De um modo geral as unidades de cuidados intensivos caracterizam-se por ambientes excessivamente estimulantes pelo seu ambiente tecnológico, com elevado ruído e luminosidade intensa e, ainda, quase permanente atividade dos profissionais. Sabe-se que estas características não são propícias ao desenvolvimento de um RN pré-termo ou doente. No entanto, é incansável a preocupação da equipa em atenuar estas características procurando uma constante

adaptação do ambiente. Para proporcionar uma luminosidade adequada é diminuída a luz ambiente e é colocada uma capa sobre as incubadoras que evita a luz direta, na face e nos olhos do RN, mas permite a diferença de luminosidade entre o dia e a noite. O ruído externo é minimizado conversando em voz suave e num tom baixo, evitando a colocação de objetos em cima das incubadoras e reduzindo o volume dos alarmes dos monitores e outros aparelhos, respondendo prontamente quando tocam. No que respeita aos cuidados ao RN a equipa procura coordenar as suas intervenções num só momento minimizando, assim, a sua manipulação. O conforto do RN é uma prioridade sendo garantido através dos posicionamentos, da contenção, do toque, de massagens, do método canguru e de estratégias não farmacológicas para controlo da dor com o estímulo à sucção não nutritiva e à administração de sacarose a 24%. Durante o estágio foi possível uma **observação participativa em cooperação com a equipa de enfermagem** na concretização de todas estas atividades.

Nesta unidade não existe um quarto ou uma unidade destinada ao RN em fim de vida. No entanto, sempre que a equipa se vê confrontada com uma situação destas está preconizado que se assegure o máximo de conforto e privacidade ao RN e família. Assim, após a concordância dos pais, procura-se proporcionar, dentro do possível, um ambiente mais privado, calmo e apaziguador com a colocação de biombos de separação.

O nascimento de um filho é um acontecimento habitualmente esperado no decurso do ciclo familiar. No entanto, quando um bebé nasce prematuro e/ou doente, a família terá que se adaptar a esta realidade não esperada. Esta situação implica, à partida, a perda do bebé idealizado e o confronto com um bebé prematuro e/ou doente. O período neonatal constitui uma fase muito específica e de especial vulnerabilidade para o RN que implica constantes adaptações fisiológicas à vida extrauterina. Na situação de um RN pré-termo ou doente, que necessita de cuidados especializados, todas estas vulnerabilidades e adaptações tornam-se mais intensas tanto para o próprio RN como para os pais. Em contexto de cuidados intensivos neonatais os pais veem-se condicionados no seu papel na medida em que observam o seu filho frágil, através do vidro da incubadora, sem lhes ser permitido cuidar dele como expectavam. A realização deste estágio proporcionou inúmeras oportunidades para **promover a vinculação** de forma sistemática, particularmente

no caso do RN doente ou com necessidades especiais (**E3.2**). Esta competência foi sendo adquirida através da execução de inúmeras atividades das quais evidencio: negociar o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN (**E3.2.6**); estimular a sua presença e observação durante os momentos de prestação de cuidados; e (posteriormente, à medida que revelavam receptividade e manifestavam desejo em cuidar do RN), incentivar o toque, a mudança da fralda, o vestir e o posicionar o RN; promover a amamentação (**E3.2.5**) incentivando as mães a extrair leite materno para ser oferecido ao RN através de sonda nasogástrica; colocar o RN (cuidados intermédios) ao colo e adaptando-o à mama estimulando a sucção; utilizar estratégias para promover o contacto físico pais/RN (**E3.2.4**) combinando com os pais a sua presença à hora da alimentação permitindo colocar os bebés ao colo ou em método canguru durante este período (cuidados intermédios) e explicando, também, os benefícios e implicações do contato físico no desenvolvimento e crescimento do RN e na promoção da vinculação. Durante o período de estágio houve a oportunidade de **colaborar com a enfermeira orientadora, enquanto enfermeira de referência de um RN pré-termo de 29 semanas**, desde o momento do acolhimento na unidade até à sua transferência para a sala de pré-saída. Deste modo, nos turnos em que estive presente, concretizei inúmeras **atividades promotoras da parentalidade** entre as quais menciono: negociar com os pais a presença nos cuidados para visualizarem a dar o banho; demonstrar aos pais os cuidados no banho; orientar os pais durante o primeiro banho; estimular os pais a mudarem a fralda e a vestirem o RN e orientar os pais a alimentarem o RN por tetina. É da responsabilidade dos profissionais de saúde proporcionar apoio emocional e orientar os familiares nos cuidados ao RN procurando valorizar as suas atitudes, destacar as suas habilidades e reforçar as suas potencialidades. O desenvolvimento destas atividades teve como objetivo primordial munir os pais de **competências para a gestão proficiente nos cuidados ao seu filho RN** preparando a tríade para o momento da alta.

Neste contexto, não foi possível o contato direto com nenhuma situação de RN com doença crónica em situação de fim de vida. Ainda assim, a flexibilidade e adaptabilidade permitiu focar a minha atuação na **emocionalidade inerente a um internamento numa unidade de cuidados intensivos** e na **importância do afeto e das emoções no desenvolvimento do RN**. A qualidade dos cuidados prestados

ao RN demonstra ser decisiva para o seu desenvolvimento. “Inerente a esses cuidados está um elemento fundamental, invisível aos olhos, mas sensível ao coração: os afetos” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 88). É logo desde que nascem, e ao longo da primeira infância, que estabelecem as bases para o seu desenvolvimento intelectual, moral e emocional. A relação que os pais estabelecem com RN determina o 1º passo no desenvolvimento dessas áreas. Como demonstrado anteriormente, através das atividades desenvolvidas, a minha atuação centrou-se na **promoção da vinculação e na transição para a parentalidade** na medida em que cabe ao EEESCJ ajudar a família – pais a **compreender que a qualidade das interações emocionais**, que estabelecem com o RN, são decisivas para o seu desenvolvimento cognitivo e, também, emocional. É da responsabilidade do EEESCJ capacitar a família – pais, promovendo o desenvolvimento de todas as suas potencialidades, tornando-os mais competentes no cuidar do seu RN.

### **3.4. Competências adquiridas em contexto de estágio**

Este subcapítulo surge com o propósito de fazer referência, de forma mais sistemática, às competências adquiridas no decorrer do percurso formativo. A competência não é um saber que se possui, pertence à ordem do “saber mobilizar” remetendo para um “pôr em prática eficazmente as respostas apropriadas ao contexto (...)” (Canário, 2000, p. 15). Ainda Canário (2000), referenciando Boterf (1994), afirma que as competências são atributos do próprio sujeito. A OE afirma que “o aperfeiçoamento profissional, mais que uma mera atualização dos conhecimentos (...) é o caminho da construção de competências” (2015, p. 43).

Desta forma, o percurso desenvolvido, pelas diferentes oportunidades e experiências vivenciadas, permitiu-me mobilizar os conhecimentos em aquisição e os previamente adquiridos aplicando-os em diferentes cenários da prática de cuidados, contribuindo de forma decisiva na aquisição e desenvolvimento de competências comuns de EE e específicas na área da Saúde da Criança e do Jovem. O EEESCJ promove o mais elevado estado de saúde possível através da prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação das necessidades da criança e sua família (Regulamento n.º122/2011 de 18 de Fevereiro). No que concerne às competências específicas do EEESCJ, as competências desenvolvidas integram a assistência à criança, ao jovem e respetiva

família na maximização da sua saúde, nas diferentes etapas de desenvolvimento respondendo às suas necessidades e em situações de especial complexidade.

Os instrumentos elaborados, ao longo deste percurso, contribuíram para evidenciar a apropriação das diferentes aprendizagens efetuadas através da descrição, análise e reflexão sobre as práticas em confronto direto com a evidência científica, procurando alcançar os objetivos previamente delineados e as competências a adquirir.

Além disso, ao longo de todo o percurso relevo a preocupação acrescida na sensibilização das equipas de enfermagem para estas reconhecerem e valorizarem as emoções na sua prática de cuidados capacitando-as para a adoção, consciente e intencional, de estratégias de gestão emocional ajustadas e capazes de gerir a sua própria emocionalidade e do Outro de quem cuidam. Através do recurso a estas estratégias o enfermeiro consegue facilitar a gestão emocional do Outro promovendo o seu bem-estar e, também, assegurar o seu próprio equilíbrio emocional ficando disponível para cuidar.

Em síntese, considero que a aquisição de competências de EEESCJ, ainda requer maior aperfeiçoamento e empenho, na incessante construção do meu percurso profissional, adequando-as às experiências futuras. No fim deste percurso formativo, e com um novo e reforçado perfil de competências, inicia-se um caminho com vista à contínua melhoria das práticas de enfermagem conduzindo-as para um nível cada vez mais avançado.





## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do presente relatório assentou numa metodologia reflexiva através da descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas ao longo deste percurso, que pretenderam ser diversificadas e num crescendo de complexidade. Este percurso desenvolveu-se no sentido de uma evolução pessoal e profissional, centrado no domínio da disciplina prática de Enfermagem e nos conceitos que norteiam o cuidar em pediatria, tendo como ponto de partida o problema identificado no sentido da aquisição de competências para EEESCJ, resultante da operacionalização dos objetivos propostos. Ao longo deste percurso vivenciei inúmeras experiências, tendo partilhado as mais relevantes sobre a forma de jornal de aprendizagem. A construção destes instrumentos de reflexão, com análise crítica sustentada na evidência científica atual, permitiu o aperfeiçoamento do pensamento crítico e reflexivo e, conseqüentemente, a aquisição de competências reflexivas essenciais ao desenvolvimento pessoal e profissional.

A formação contínua proporciona a aquisição de novos conhecimentos, mas o cerne da sua função reside na capacidade de, tendo como base a experiência adquirida, ser capaz de enriquecê-la, conceptualizá-la encontrando espaço para uma prática refletida e portadora de sentido (Hesbeen, 2000). Segundo a OE (2015, p. 93), esta formação quando “enquadrada num meio que possibilite a reflexão sobre a prática e a aplicação dos saberes, constitui um dos marcos estruturantes deste desenvolvimento de competências”. O enfermeiro deve ser “um profissional atento, reflexivo e crítico, que invista na sua formação de modo a produzir e renovar continuamente, o seu próprio corpo de conhecimentos” e assim aumentar a capacidade de resposta em situações complexas.

A reflexão crítica contribui para a construção do caminho que nos guia para a regulação das emoções e alcance do equilíbrio emocional, permitindo ter disponibilidade para cuidarmos efetivamente do Outro. Segundo, citado por (Canário, 2000, p. 47) “a competência do especialista é o fruto de uma combinação nova obtida por confrontação com outros saber-fazer (...). Não é possível haver competência na ausência de transacção”. Assim as competências resultam da capacidade de responder de modo dinâmico a uma situação complexa do contexto prático.

Esta experiência em si, detentora de elevada riqueza, possível pelas características dos diferentes contextos de cuidados, permitiu a otimização e consolidação dos conteúdos teorizados ao longo do presente curso de mestrado. No fim deste percurso formativo considero que adquirir competências, do domínio de EE e, mais especificamente de EEESCJ, que me permitirão no futuro mobilizar e adaptar os conhecimentos adquiridos na procura contínua de cuidados de enfermagem de excelência.

Pretendo manter o investimento iniciado na formação na área da dimensão emocional do cuidar em enfermagem pediátrica. Perspetivo, ainda, o desenvolvimento de um projeto futuro, no meu contexto atual de trabalho, de criação de uma atividade mensal dedicado à reflexão em equipa através da partilha das experiências emocionais vivenciadas no decorrer das visitas de cuidados de enfermagem domiciliários a crianças e jovens com doença crónica e respetivas famílias. Considero que este projeto tem elevada pertinência na medida em que esta possibilidade de partilha, com o objetivo de desenvolvimento de competências de regulação emocional, individual e em grupo, possui elevados benefícios no progresso da disciplina de Enfermagem para um nível avançado. Trata-se de uma área que tem vindo progressivamente a adquirir maior relevo e dedicação demonstrando as suas implicações e efeitos na prática de cuidados.

É altura de fazer uma retrospectiva e refletir de modo conclusivo sobre todo este percurso que se demonstrou não só extremamente trabalhoso mas também muito gratificante, pelos constantes desafios a cumprir. Considero que o trabalho realizado foi o possível dentro das circunstâncias, apesar desta constatação não apaziguar algum sentimento de insatisfação subjacente, consciente que muito mais poderia ter concretizado perante condições menos adversas. A carga horária do estágio a adicionar à vida profissional e familiar foram um fator condicionante. Não obstante, para ajudar a superar este desgaste mantive sempre a motivação e o empenho indispensáveis à concretização deste percurso, com grande satisfação pessoal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abiven, D. M. (2001). *Para Uma Morte Mais Humana: Experiência de uma Unidade Hospitalar de Cuidados Paliativos* (2ª ed.). (L. Miranda, Trad.). Loures: Lusociência.

Alarcão, I. (1996). *Formação reflexiva de professores: estratégias de supervisão*. Porto: Porto Editora.

Araújo, Y. B., Collet, N., Moura, F. M., & Nóbrega, R. D. (2009). Conhecimento da família acerca da condição crónica na infância. *Texto & Contexto Enfermagem*, pp. 498-505.

Association for Children's Palliative Care. (2009). *A Guide to the Development of Children's Palliative Care Services*. Obtido em 8 de Fevereiro de 2017, de Together for Short Lives: [www.togetherforshortlives.org.uk/assets/0001/ACT\\_Guide\\_to\\_Developing\\_Services.pdf](http://www.togetherforshortlives.org.uk/assets/0001/ACT_Guide_to_Developing_Services.pdf).

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. (A. A. Queirós, Trad.). Coimbra: Quarteto Editora.

Canário, R. (2000). *Educação de Adultos: Um Campo e uma Problemática*. Lisboa: Educa.

Charepe, Z. (2014). *Promover a esperança em pais de crianças com doença crónica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

Charepe, Z., Figueiredo, M. H., Vieira, M., & Neto, L. (2011). (Re)descoberta da esperança na família da criança com doença crónica através do genograma e ecomapa. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20 (2), pp. 349-358.

Collière, M.-F. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida*. (S. Ventura, A. F. Oliveira, F. Oliveira, & L. Silveira, Trads.). Loures: Lusociência.

Damásio, A. (1994). *O Erro de Descartes - Emoção, Razão e Cérebro Humano*. (D. Vicente, & G. Segurado, Trads.). Mem Martins: Publicações Europa-América.

Damásio, A. (2013). *Sentimento de Si - Corpo, Emoção e Consciência*. Lisboa: Temas e Debates - Círculo de Leitores.

Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro - Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.

Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusociência.

Diogo, P., & Rodrigues, L. (2012). O Trabalho Emocional: Reflexão e investigação em cuidados de enfermagem. *Pensar em Enfermagem*, 2, pp. 62-71.

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2014). Emotional Nursing Labour in the Childcare at the End-of-Life and Their Family: A Systematic Review. *International Journal of Nursing*, 1 (2), pp. 65-77.

Direcção-Geral de Saúde. (2004). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Obtido em 14 de Abril de 2015, de Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos: [http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano\\_Nacional\\_CP\\_\\_\\_Circular\\_Normativa\\_\(DGS\\_13-7-2004\).pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP___Circular_Normativa_(DGS_13-7-2004).pdf).

Direcção-Geral de Saúde. (2012). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.

Fernandes, A., & Santos, E. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Referência*, pp. 59-62.

Fonseca, E. (2015). *Formação: Uma narrativa para a prestação de cuidados de enfermagem*. Obtido em 10 de Abril de 2016, de Nursing: <http://www.nursing.pt/formação-uma-narrativa-para-a-prestação-de-cuidados-de-enfermagem>.

Goleman, D. (2010). *Inteligência Emocional* (10ª ed.). Lisboa: Temas e Debates.

Harrison, T. M. (2010). Family-Centered Pediatric Nursing Care: State of Science. *Journal of Pediatric Nursing* (25), pp. 335-343.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa Perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Himelstein, B. P., Hilden, J. M., Boldt, A. M., & Weissman, D. (2004). Pediatric Palliative Care. *The New England Journal of Medicine*, 350, pp. 1752-1762.

Hochschild, A. R. (1983). *The managed hearth: Commercialization of Feeling*. Berkeley: University of California Press.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. I). Loures: Lusociência.

Institute for Patient- and Family-Centered Care. (2010). *Frequently Asked Questions*. Obtido em 14 de Abril de 2015, de [www.ipfcc.org/faq.html](http://www.ipfcc.org/faq.html).

International Children's Palliative Care Network. (2015). *Levels of CPC Provision Worldwide - March 2015*. Obtido em 8 de Fevereiro de 2017, de [www.icpcn.org/1949-2/](http://www.icpcn.org/1949-2/).

Jolley, J., & Shields, L. (2009). The Evolution of Family-Centered Care. *Journal of Pediatric Nursing*, 2 (24), pp. 164-170.

Knapp, C. A., Madden, V. L., Curtis, C. M., Sloyer, P., & Shenkman, E. A. (2010). Family Support in Pediatric Palliative Care: How Are Families Impacted by their Children's Illnesses?. *Journal Of Palliative Medicine*, 13 (4), pp. 1-6.

Kölb, D. A. (2015). *Experiential learning: experience as the source of learning and development* (2nd Edition ed.). New Jersey: Pearson Education, Inc.

Lacerda, A. (2012). A importância de cuidados paliativos em Pediatria. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43, pp. XC-XCI.

Lama, D. (2003). *Ética para o Novo Milénio*. (C. Gomes, & E. M. Rosa, Trads.). Lisboa: Editorial Presença.

Magão, M. T., & Leal, I. P. (2002). A promoção da esperança nos pais de crianças com cancro. In M. d. Dias, & E. Durá, *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi Editores.

Magalhães, J. C. (2009). *Cuidar em Fim de Vida*. Lisboa: Coisas de Ler.

Maruzza Lefebvre D'Ovidio Onlus Foundation. (2013). *Charter of the Rights of The Dying Child - The Trieste Charter*. Obtido em 8 de Fevereiro de 2017, de [www.fondazionemaruzza.org/english-charter-of-the-rights-of-the-dying-child-the-trieste-charter/](http://www.fondazionemaruzza.org/english-charter-of-the-rights-of-the-dying-child-the-trieste-charter/)

Maunder, E. Z. (2008). Emotion management in children's palliative care nursing. *Indian Journal of Palliative Care*, 14, pp. 45-50.

Mendes, J., Justo da Silva, L., & Santos, M. J. (2012). Cuidados paliativos neonatais e pediátricos para Portugal - um desafio para o século XXI. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43, pp. 218-222.

Mercadier, C. (2004). *O Trabalho Emocional dos Prestadores de Cuidados em Meio Hospitalar: o corpo, âmago da interação prestador de cuidados-doente*. (M. Martins, Trad.). Loures: Lusociência.

Morse, J. M., Bottorff, J., Anderson, G., O'Brien, B., & Solberg, S. (2006). Beyond empathy: expanding expressions of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 53 (1), pp. 75-90.

Nunes, L. (2008). Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. *Revista de Bioética*, 16 (1), pp. 41-50.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. Lisboa: Divulgar.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* (Vol. I). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Guias Orientadores de Boa Prática Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* (Vol. II). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Guias Orientadores de Boa Prática Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* (Vol. III). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pacheco, S. (2002). *Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética*. Loures: Lusociência.

Pereira, A. M., Nunes, J., Teixeira, S., & Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar em Enfermagem*, 14 (1), pp. 24-38.

Porto Editora. (s.d.). *Paliar*. Obtido em 7 de Abril de 2015, de Dicionário da Língua Portuguesa com Novo Acordo Ortográfico: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa>.

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República 2ª série*, N.º 35 (18-02-2011) 8648-8653.

Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República 2ª série*, N.º 35 (18-02-2011) 8648-8653.

Regulamento n.º 188/2015 de 22 de Abril de 2015. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. *Diário da República 2ª série*, N.º 78 (22-04-2015) 9967-68.

Regulamento n.º 351/2015 de 22 de Junho de 2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República 2ª série*, N.º 119 (22-06-2015) 16660-66.

Schon, D. A. (1983). *The Reflective Practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic Books.

Silva, A. (2007). "Enfermagem Avançada": um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55, pp. 11-20.

Simões, Â. S. (2011). Quando a criança morre... *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42 (4), pp. 149-153.

Smith, P. (2012). *The Emotional Labour of Nursing Revisited: Can Nurses Still Care?*. (2nd Edition ed.). Houndmills: Macmillan.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. (J. Enes, Trad.). Loures: Lusociência.

Worldwide Palliative Care Alliance. (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. Obtido em 10 de Abril de 2015, de World Health Organization: [www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf).





## **APÊNDICES**



## **APÊNDICE I**

Guia Orientador das Atividades de Estágio





## **6º Curso de Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização**

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

– Unidade Curricular: Estágio com Relatório –

## **Guia Orientador das Atividades de Estágio**

Joana Rita Moreira Gonçalves Torgal

2016



## **6º Curso de Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização**

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

– Unidade Curricular: Estágio com Relatório –

## **Guia Orientador das Atividades de Estágio**

Joana Rita Moreira Gonçalves Torgal

Regente: Professora Doutora Paula Diogo  
Orientadora: Professora Doutora Paula Diogo

2016

“A mente e as emoções da pessoa  
são as janelas da sua alma.”

(Watson, 2002, p. 89)



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CPP – Cuidados Paliativos Pediátricos

EE – Enfermeiro Especialista

EEESCJ – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

OE – Ordem dos Enfermeiros

RN – Recém-Nascido

UN – Unidade de Neonatologia

---

## ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA.....	6
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....	8
1.1. Mapa Conceptual.....	13
2. PLANO E MÉTODO DE TRABALHO.....	14
2.1. Contextos de estágio .....	14
2.1.1. Internamento de Pediatria .....	22
2.1.2. Consulta Externa de Pediatria .....	22
2.1.3. Serviço de Urgência de Pediatria.....	24
2.1.4. Unidade de Neonatologia – Cuidados Intensivos e Intermédios .....	25
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
APÊNDICES	
APÊNDICE I	
Cronograma de Estágios	

## NOTA INTRODUTÓRIA

O presente Guia Orientador das Atividades de Estágio pretende constituir uma ferramenta que apresente de forma sucinta o projeto de estágio à equipa de enfermagem nos diferentes contextos de estágio. Neste documento realiza-se uma síntese do enquadramento conceptual, uma breve apresentação do problema e do objeto de estudo, e ainda, são apresentados os objetivos gerais, os objetivos específicos e as atividades delineadas para os contextos de estágio.

Assim, os objetivos do presente guia são:

- Apresentar o projeto de estágio;
- Realizar uma síntese do enquadramento conceptual sobre a gestão de emoções no cuidar da criança e do jovem com doença crónica, em situação de fim de vida, e sua família;
- Expor os objetivos gerais, os objetivos específicos e as atividades a desenvolver em cada contexto de estágio;
- Identificar as competências específicas de Enfermeiro Especialista (EE) e de Enfermeiro de Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) a desenvolver.

No decorrer da atividade profissional emergiu a necessidade de desenvolver competências no âmbito da gestão das emoções no cuidar da criança e do jovem com doença crónica, em situação de fim de vida, e sua família.

O problema identificado, que motivou a escolha do tema, centra-se na emocionalidade intensa vivida pelos enfermeiros ao cuidar da criança e do jovem, com doença crónica em situação de fim de vida, e sua família. Esta circunstância constitui um dos maiores desafios para os enfermeiros, ao exigir o desenvolvimento de competências capazes de gerir as emoções de quem cuidam, bem como as suas respostas emotivas enquanto cuidadores.

O objeto a estudar centra-se nas estratégias de gestão emocional adotadas pelos enfermeiros, para alcançar o seu bem-estar emocional, indispensável à prestação de cuidados mais humanizados a estas crianças e jovens e respetivas famílias.

O presente documento encontra-se organizado em quatro capítulos distintos. Ao longo do primeiro capítulo desenvolve-se um breve enquadramento conceptual do tema do projeto que serviu como base para a realização do presente guia e é, ainda, apresentado o mapa conceptual que resultou da síntese deste enquadramento. O segundo capítulo encontra-se reservado à descrição do método e o plano de trabalho. Delineiam-se os objetivos gerais, descrevem-se os diferentes contextos de estágios incluídos no percurso formativo e são apresentados os objetivos específicos e atividades a desenvolver no sentido do desenvolvimento e aquisição de competências de EEESCJ. Por último no quarto capítulo desenvolvem-se as considerações finais. A estes capítulos seguem-se as referências bibliográficas. No apêndice I apresenta-se o cronograma referente à distribuição dos diferentes contextos de estágios ao longo do 3º semestre.

## 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A evolução das ciências da saúde verificada nas últimas décadas desencadeou um aumento considerável da esperança média de vida, a cura da grande maioria das patologias agudas e a cronicidade de muitas doenças incuráveis. Assim, assistimos a um conseqüente aumento do número de crianças com doenças crónicas complexas, com um prognóstico de vida que se prolonga substancialmente no tempo, sendo que muitas delas dependem de tecnologia e necessitam de palição. Esta evolução fez também aumentar as necessidades em saúde, que vão muito para além da ausência de doença e que, envolvendo os cuidados de enfermagem, se prendem com necessidades básicas no âmbito social, afetivo, emocional e espiritual. Segundo Silva (2007), quando se trata de crianças com doença crónica, é solicitada à família e aos cuidadores a “aquisição de mais competências no sentido de lidarem eficazmente com tratamentos complexos e experiências emocionais desagradáveis.”

Comummente, quando se ouve falar em Cuidados Paliativos, pensa-se de imediato em cuidados em fim de vida e cuidados terminais. No entanto estes constituem apenas um dos seus componentes (Lacerda, 2012). Os Cuidados Paliativos Pediátricos derivam da medicina paliativa, reconhecida como uma especialidade da medicina em 1987, mas detêm características próprias (Mendes, Justo da Silva, & Santos, 2012), nos quais os enfermeiros têm uma intervenção preponderante. Paliar significa aliviar, atenuar, disfarçar, mitigar, tornar menos desagradável (Porto Editora, s.d.), envolve cuidar da pessoa numa perspetiva global atendendo à sua complexidade biológica, psicoafectiva, familiar e social.

A sociedade, de um modo geral, tem dificuldade em aceitar este tipo de cuidados dirigidos às crianças e jovens na medida em que culturalmente é contranatura uma criança morrer antes dos seus pais. Falar da morte de uma criança “desafia as leis da justiça humana” (Simões, 2011). “A aceitação da filosofia dos cuidados paliativos (...) obriga a uma mudança de paradigma no cuidar, levando os médicos e profissionais de saúde a colocar no centro da sua actividade a criança, adolescente ou jovem adulto e a sua família” (Mendes *et al.* 2012, p. 221).

A criança que se encontra em situação de fim de vida apercebe-se da proximidade da morte de diversas formas: seja através da informação direta que lhe

é transmitida, ou da comunicação não-verbal dos que a circundam, ou porque sente mesmo que está a morrer. A forma como cada um percebe a morte encontra-se relacionada com aspetos “espácio-temporais, socioculturais, pessoais e educacionais” (Pacheco, 2002, p. 4). Nas crianças podemos salientar o estágio de desenvolvimento, a forma como compreende a morte e, ainda, experiências vivenciadas anteriormente como a morte de um familiar próximo. Cuidar da criança/jovem e família em situação de fim de vida constitui um dos maiores desafios emocionais para os enfermeiros. A gestão emocional é, consequentemente, essencial na prestação de cuidados de enfermagem pediátricos.

Assim sendo cuidar em enfermagem é indissociável das emoções humanas. Os cuidados de enfermagem enquadram-se no cuidar não devendo, no entanto, ser confundidos com este. O cuidado deve ser único e dirigido à pessoa/família na “singularidade da sua situação de vida” (Hesbeen, 2000, p. 9).

Segundo Watson (2002, p. 55) o objetivo de cuidar “é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana”. Ainda de acordo com a mesma autora (2002, p. 52) a “enfermagem e cuidados de saúde de qualidade, exigem hoje em dia um respeito humanista pela unidade funcional do ser humano”. Na perspetiva da mesma autora “o processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos, é um enfoque importante para a enfermagem, não apenas devido às transações dinâmicas de humano-para-humano, mas devido aos conhecimentos requeridos, empenhamento, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço” (*Ibidem*, p. 52). A relação interpessoal que se estabelece entre enfermeiro-cliente constitui “um meio de comunicação e liberação de sentimentos humanos” (*Ibidem*, p. 122).

A situação de doença crónica da criança/jovem constitui um fator ameaçador e de crise emocional tanto para a própria criança/jovem como para a sua família. Quando se trata de uma situação de fim de vida toda esta envolvimento é exacerbada. Os enfermeiros têm uma intervenção na emocionalidade do cliente com o intuito primordial de a atenuar e ajudar a gerir positivamente. No entanto, no processo de cuidar, os enfermeiros também são afetados pelas respostas emocionais dos clientes necessitando de desenvolver estratégias e de adquirir competências de gestão emocional no sentido de conseguirem alcançar o seu bem-estar emocional e, assim, conseguirem ajudar os clientes.

Assim, para cuidar destas crianças e jovens, é imprescindível conhecê-las, a elas e à sua família, saber como encaram a vida e a morte e ter conhecimento das fontes de suporte emocional. Para alcançar este conhecimento o enfermeiro necessita de estabelecer uma relação de proximidade e de confiança com a criança/jovem e sua família donde emergem inúmeras emoções. Cuidar de uma criança/jovem, em situação de fim de fim, exige uma readaptação contínua e, no plano emocional, vivermos em permanência momentos muito intensos. As emoções são intrínsecas à nossa existência e na prática diária de cuidados elas emergem nas relações que estabelecemos com a criança/jovem e sua família. Mas estarmos implicados emocionalmente no cuidar significa que isso nos atinge no mais fundo do nosso ser.

Em contexto de enfermagem pediátrica o trabalho emocional encontra-se inscrito no processo de cuidar em enfermagem podendo mesmo ser considerado uma competência chave deste processo (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2014) contendo, ainda, elevado potencial terapêutico. Cuidar em enfermagem pediátrica está impregnado de emoções. A qualidade da relação terapêutica estabelecida nos processos saúde-doença, na medida em que envolve crianças, jovens e suas famílias assume especial importância. Desta forma a gestão de emoções nesta relação terapêutica torna-se essencial podendo mesmo ser considerada uma dimensão dos cuidados. É nesta relação terapêutica entre enfermeiro-cliente, que se encontram as vivências emocionais de quem cuida – o enfermeiro – e de quem é cuidado – o cliente. Assim se conclui que este processo relacional, entre enfermeiro e cliente, possui uma essência emocional. Na perspectiva de Maunder (2006) ser emocional é frequentemente associado a um sinal de fraqueza. No entanto se uma pessoa é afetada emocionalmente por um determinado acontecimento é, na verdade, porque se preocupa inteiramente com ele.

O trabalho emocional deve estar focado nos clientes – a criança, o jovem e a sua família – dando especial relevo à filosofia dos Cuidados Centrados na Família. No entanto deve, também, incluir os cuidadores, neste caso específico, os enfermeiros, na medida em que estes também são afetados pelas emoções dos

clientes e, ainda, pelas suas próprias emoções. O trabalho emocional envolve a gestão de emoções dos outros, mas também das emoções do próprio.

Segundo Morse, Bottorff, Andreson, O'Brien, & Solberg (1992) os enfermeiros recorrem a algumas estratégias para lidar com o sofrimento, nomeadamente o afastamento, a proteção, a limitação da consciência, o distanciamento e, ainda, a negação. Na perspetiva de Mercadier (2004) é até possível, através de atos meramente técnicos, deixar para trás o confronto direto com as emoções, ou mesmo recorrer a outros recursos, fora da vida profissional, para atenuar as emoções que emergem no trabalho como por exemplo praticar um desporto ou ter um *hobby*. De facto, (*Ibidem*, p. 253) “o controlo das emoções constitui uma obrigação implícita, interiorizada pelos profissionais que cuidam durante a sua socialização profissional”.

Mas é a consciência das nossas próprias emoções que nos permite ter uma competência emocional básica (Diogo, 2015). É essencial que o enfermeiro desenvolva competências para gerir as suas próprias emoções tal como partilhar as emoções vividas em situações emocionalmente intensas e carregadas, compreender as suas respostas perante as emoções dos outros, atenuar as experiências e, ainda, não se deixar afetar, de modo a conseguir prosseguir a sua prestação de cuidados mantendo a segurança e qualidade dos mesmos.

Assim sendo, gerir as nossas emoções ao cuidar da criança/jovem em fim de vida e sua família, pode revelar-se muito difícil. O clima de elevada complexidade emocional gerado nestas situações interfere diretamente no controlo das nossas próprias emoções. É difícil sofrer junto do outro sabendo antecipadamente que as nossas próprias emoções podem sobrepor-se à capacidade de ajuda e de cuidar do outro. Uma das dificuldades centra-se em não negar o sofrimento que daí advém mas conseguir manter uma distância certa que permita “ficar perto do sofrimento do outro sem por isso se identificar com ele” (Abiven, 2001, p. 157). Também de acordo com Abiven (2001, p. 166) compete ao prestador de cuidados tomar conta dele, isto é “desenvolver a sua capacidade de ser, ficar atento à sua qualidade de vida, saber renovar forças”.

O enfermeiro na sua prestação diária de cuidados confronta-se com diversas situações carregadas de emoções e sentimentos que influenciam diretamente os seus sentimentos e comportamentos (Diogo, 2006). O contato frequente com



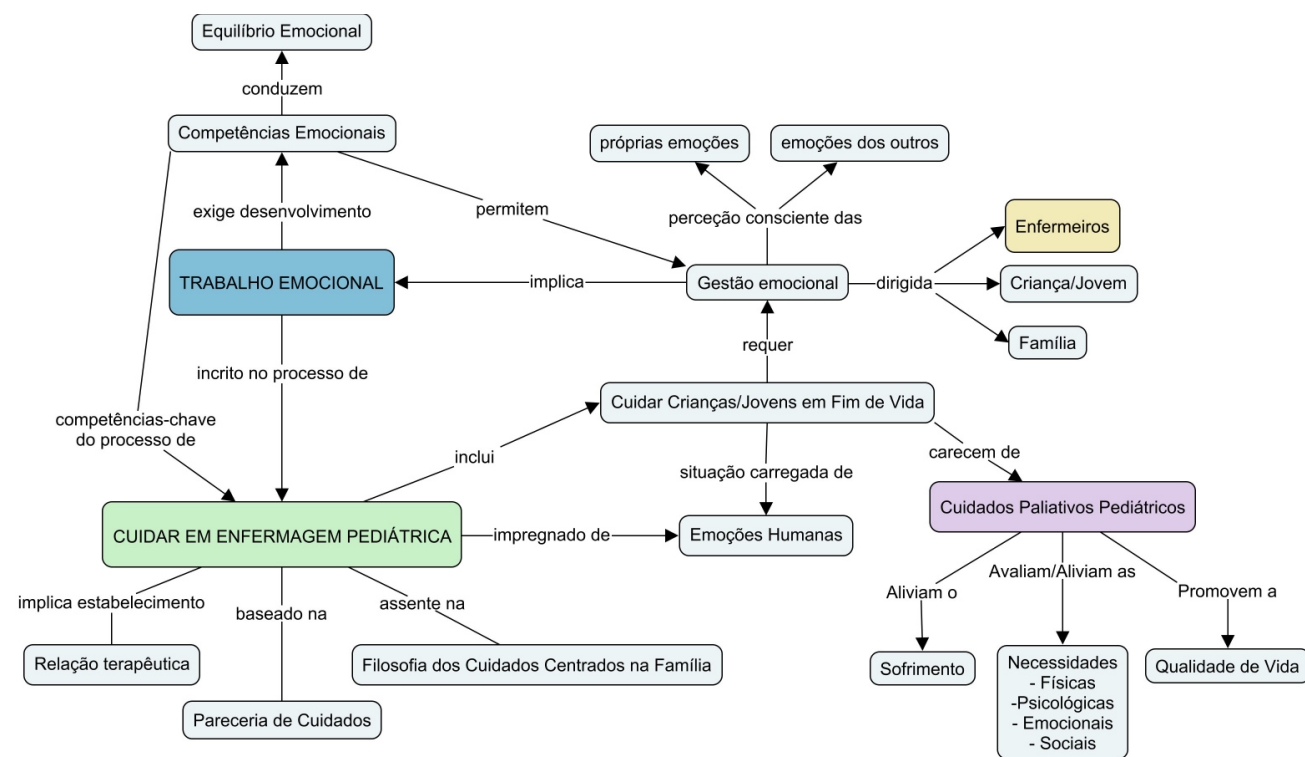
situações de fim de vida e de morte tem repercussões inevitáveis nos prestadores de cuidados. “A confrontação quotidiana com a morte, a morte do outro (...), representa uma lembrança diária da nossa própria mortalidade, do nosso carácter findável” (Abiven, 2001, p. 156).

Aliviar o sofrimento do outro implica muito mais do que aliviar a dor (por exemplo através de terapêutica analgésica), implica estar disponível, escutar, conversar, recorrer ao uso do toque, posicionar ou, simplesmente, estar...em silêncio. O uso da empatia emocional, no cuidar em enfermagem, permite ao cuidador responder de forma profissional às necessidades dos clientes. As ações do enfermeiro, resultantes da resposta emocional, são valorizadas pelos clientes e nestas respostas incluem-se as ações não-verbais como o contacto – o toque (Morse *et al.*, 1992). Também Dalai Lama (2003, p. 101) afirma que é “a experiência do sofrimento que nos liga aos outros, que ela é a base onde assenta a nossa capacidade de empatia”.

Smith (2011), referenciada por (Diogo *et al.*, 2014), admite que se espera que os enfermeiros pareçam felizes e tenham a capacidade de gerir sentimentos extremos recorrendo mesmo à repressão dos seus próprios sentimentos de forma a transmitir ao outro, aquele de quem está a cuidar, um sentimento de segurança. No entanto Damásio (2013, p. 70) refere que “travar a expressão de uma emoção é tão difícil como evitar um espirro”. Na ótica deste autor podemos adquirir a competência de evitar a expressão de uma emoção apenas em parte, mas não na sua totalidade (*ibidem*). Também Goleman (2010) afirma que a gestão emocional se centra na perceção consciente das nossas próprias emoções e das emoções dos outros.

Segundo Benner & Wrubel (1989), referenciados por Maunder (2008), a gestão de emoções encontra-se relacionada com a experiência e conhecimento do enfermeiro a um nível de perito. A criança/jovem, em fim de vida, e sua família, encontram-se especialmente vulneráveis e dependentes dos cuidados de enfermagem, deste modo a experiência e perícia do enfermeiro é determinante para induzir e/ou esconder as suas próprias emoções de forma a transmitir confiança (*Ibidem*, 2008).

Identificar em diferentes contextos estas estratégias e correspondentes resultados torna-se assim um imperativo para reflexão sobre a prática pessoal.



---

## 2. PLANO E MÉTODO DE TRABALHO

Para Watson (2002, p. 56) “(...) cuidar, é um empreendimento epistémico que (...) requer estudos sérios, reflexão, acção e uma pesquisa para novos conhecimentos que ajudarão a descobrir novos significados da pessoa e do processo de cuidar (...)”. É necessário dedicar tempo à reflexão para “agir de forma esclarecida” (Collière, 2003, p. 160). Torna-se então, imprescindível, refletir sobre as diversas situações de cuidados vivenciadas de forma a aprender e a evoluir, tanto a nível profissional como pessoal. De acordo com Schön (1992), citado por Fernandes & Santos (2004, p. 59), a prática reflexiva pode ser definida como “a ciência da acção que envolve a reflexão na acção, a reflexão sobre a acção e a reflexão sobre a reflexão na acção”. A reflexão sobre as práticas pretende encarar a enfermagem de um modo mais crítico obtendo assim novos conhecimentos a partir das experiências vivenciadas. A reflexão envolve uma acção voluntária o que proporciona à pessoa que reflete, sustentada pela evidência científica, a possibilidade de produzir mudanças nas práticas. Cada situação vivenciada, caracterizada pela sua singularidade, pode e deve constituir uma oportunidade de aprendizagem se para isso nos propusermos e disponibilizarmos a refletir sobre a mesma.

Assim definem-se como objetivos gerais a alcançar no decurso dos contextos de estágios:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem, especializados em saúde da criança/jovem, nos seus processos de saúde-doença e nas diferentes etapas de desenvolvimento;
- Desenvolver estratégias de gestão emocional, como intervenção terapêutica de enfermagem, na relação enfermeiro-criança/jovem, com doença crónica em situação de fim de vida, e sua família.

### 2.1. Contextos de estágio

No sentido do desenvolvimento pessoal e formativo, para EEESCJ, serão realizados estágios em quatro contextos distintos. Os contextos de estágio foram criteriosamente selecionados no sentido de proporcionarem oportunidades de aprendizagem diversificadas e enriquecedoras no âmbito da problemática do projeto.

O primeiro contexto estágio, referente ao internamento de pediatria, com a duração prevista de cinco semanas, entre 29 de setembro e 1 de novembro de 2015 e será realizado num serviço de internamento de oncologia pediátrica. Com este estágio pretendo desenvolver competências de EEESCJ no âmbito do cuidar da criança e do jovem com doença oncológica e sua família em diferentes etapas da doença e, também, nas suas diferentes fases de desenvolvimento. A escolha deste local de estágio deveu-se ao facto de se tratar de um local de referência a nível da oncologia pediátrica, com experiência em Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP), nomeadamente no acompanhamento da criança e do jovem em situação de fim de vida, e sua família. Durante este primeiro estágio pretendo participar nas 1as Jornadas de Cuidados Paliativos Pediátricos, no dia 2 e 3 de outubro, que terão lugar no Grande Auditório do Instituto Universitário de Lisboa.

O segundo contexto de estágio, corresponde ao contexto de cuidados de saúde primários, decorrerá 2 de novembro e 6 de dezembro de 2015, na consulta externa de pediatria integrada num hospital central. A escolha deste local deveu-se ao facto de se tratar de uma unidade funcional destinada ao atendimento ambulatorio, onde são prestados cuidados de saúde diferenciados a crianças desde os 0 até aos 17 anos e 364 dias. São acompanhadas, em diferentes especialidades, a grande maioria das crianças e jovens com doença crónica seguidas nesse hospital e é centro de referência para a região sul do país, ilhas e, ainda, para os países africanos de língua oficial portuguesa. Este contexto de estágio proporcionará uma grande diversidade de experiências, numa faixa etária muito alargada, nas suas diversas valências, como sejam, as consultas de saúde infantil e juvenil, a vacinação e a central de colheitas. Desta forma, contribuirá para o desenvolvimento de competências direccionadas para a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil, maximização da saúde, prevenção da doença e, ainda, capacitação da criança, do jovem e sua família.

O terceiro contexto de estágio, a realizar no período de 7 de dezembro de 2015 a 17 de janeiro de 2016 decorrerá no serviço de urgência de pediatria de um hospital distrital. Procuro neste contexto de estágio enriquecer a experiência que já possuo em contexto de urgência pediátrica, enquadrada numa equipa e realidade

muito distintas potenciando, desta forma, a aquisição e desenvolvimento de novos conhecimentos e competências.

Por fim, o último contexto de estágio, decorrerá numa unidade de neonatologia (UN) – cuidados intensivos e intermédios, incluída num hospital central, no período entre 18 de janeiro e 14 de fevereiro de 2016. Trata-se de uma UN com uma equipa de enfermagem sensível para a necessidade que emerge dos CPP e com projetos desenvolvidos no apoio ao recém-nascido (RN) em situação de fim de vida e respetiva família.

Nos diferentes contextos de estágio pretendo observar e analisar a forma como atuam as equipas de enfermagem no cuidar do RN, da criança e do jovem com doença crónica, em situação de fim de vida e sua família e quais as estratégias que mobilizam para gestão emocional.

Apresentam-se, em seguida, os objetivos específicos, inscritos nos objetivos gerais anteriormente expostos, que são transversais aos diferentes contextos de estágio.

OBJETIVO GERAL			
<b>1. – Desenvolver competências na prestação de cuidados enfermagem especializados, em saúde da criança e do jovem, nos seus processos de saúde-doença e nas diferentes etapas de desenvolvimento.</b>			
Objetivo Específico	Atividades a desenvolver	Competências a adquirir	Contextos
1.1. – Conhecer a estrutura física, dinâmica orgânico-funcional, referencial teórico e modelos de intervenção que orientam a prática dos cuidados de enfermagem.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de uma visita guiada ao serviço para conhecimento do serviço;</li> <li>- Realização de uma reunião informal com o Enf.<sup>a/o</sup> Chefe e Enf.<sup>a/o</sup> EEESCJ orientador do estágio – apresentação do projeto de estágio.</li> <li>- Conhecimento da constituição da equipa multidisciplinar;</li> <li>- Conhecimento dos objetivos, projetos e programas em desenvolvimento no serviço;</li> <li>- Conhecimento da organização das atividades de enfermagem e da metodologia de trabalho;</li> <li>- Conhecimento da área assistencial assim como da articulação do serviço com outras unidades/serviços e instituições de saúde;</li> <li>- Observação do funcionamento/dinâmica do serviço;</li> <li>- Observação das atividades de enfermagem;</li> <li>- Consulta e análise de documentação relevante existente no serviço (normas, protocolos, manuais, entre outros).</li> </ul>	<p><u>Competências Comuns do EE:</u> - B.<sup>1</sup> e C.<sup>2</sup></p> <p>(OE, 2010a e 2010b)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ Internamento de Pediatria;</li> <li>☐ Consulta Externa de Pediatria;</li> <li>☐ Urgência de Pediatria;</li> <li>☐ Unidade de Neonatologia – Cuidados Intensivos e Intermédios.</li> </ul>

<sup>1</sup> Domínio da Melhoria da Qualidade.

<sup>2</sup> Domínio da Gestão dos Cuidados.

OBJETIVO GERAL			
1. – Desenvolver competências na prestação de cuidados enfermagem especializados, em saúde da criança e do jovem, nos seus processos de saúde-doença e nas diferentes etapas de desenvolvimento.			
Objetivo Específico	Atividades a desenvolver	Competências a adquirir	Contextos
1.2. – Desenvolver estratégias de comunicação adequadas às diferentes etapas de desenvolvimento da criança, do jovem e sua família.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprofundamento de conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil;</li> <li>- Identificação do estágio de desenvolvimento da criança, do jovem e sua família;</li> <li>- Compreensão da comunicação estabelecida entre o enfermeiro, a criança, o jovem e sua família;</li> <li>- Adequação da comunicação ao estágio de desenvolvimento da criança, do jovem e sua família;</li> <li>- Desenvolvimento de capacidades e de habilidades para comunicar com a criança, o jovem e sua família;</li> <li>- Planeamento de intervenções de enfermagem facilitadoras de uma comunicação adequada e eficaz;</li> <li>- Participação nas estratégias de atuação adotadas pela equipa de enfermagem direcionada para os cuidados não traumáticos e para os cuidados centrados na família.</li> </ul>	<p><u>Competências Comuns do EE:</u></p> <p>- A.<sup>1</sup>, B.<sup>2</sup> e D.<sup>3</sup></p> <p><u>Competências Específicas do EEESCJ:</u></p> <p>- E3.<sup>4</sup></p> <p>(OE, 2010a e 2010b)</p>	<p>□ Internamento de Pediatria;</p> <p>□ Consulta Externa de Pediatria;</p> <p>□ Urgência de Pediatria;</p> <p>□ Unidade de Neonatologia – Cuidados Intensivos e Intermédios.</p>

<sup>1</sup> Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.

<sup>2</sup> Domínio da Melhoria da Qualidade.

<sup>3</sup> Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

<sup>4</sup> Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

OBJETIVO GERAL			
<b>1. – Desenvolver competências na prestação de cuidados enfermagem, especializados em saúde da criança e do jovem, nos seus processos de saúde-doença e nas diferentes etapas de desenvolvimento.</b>			
Objetivo Específico	Atividades a desenvolver	Competências a adquirir	Contextos
1.3. – Estabelecer uma relação de parceria de cuidados com a criança, o jovem e a sua família assente na filosofia dos cuidados centrados na família.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação das necessidades da criança, do jovem e sua família;</li> <li>- Respeito pela individualidade e privacidade de cada criança, jovem e sua família;</li> <li>- Adaptação das intervenções a realizar de acordo com as singularidades da situação clínica da criança, do jovem e sua família;</li> <li>- Promoção de uma relação terapêutica adaptada a cada criança, jovem e família;</li> <li>- Demonstração de disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas à criança, ao jovem e sua família;</li> <li>- Preparação da criança, do jovem e sua família aquando da execução de procedimentos invasivos;</li> <li>- Explicação prévia à criança, ao jovem e sua família dos procedimentos a realizar;</li> <li>- Transmissão de segurança à criança, ao jovem e à sua família.</li> </ul>	<p><u>Competências Comuns do EE:</u></p> <p>- A.<sup>1</sup>, C.<sup>2</sup> e D.<sup>3</sup></p> <p><u>Competências Específicas do EEESCJ:</u></p> <p>- E1.<sup>4</sup></p> <p>(OE, 2010a e 2010b)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ Internamento de Pediatria;</li> <li>☐ Consulta Externa de Pediatria;</li> <li>☐ Urgência de Pediatria;</li> <li>☐ Unidade de Neonatologia – Cuidados Intensivos e Intermédios.</li> </ul>

<sup>1</sup> Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.

<sup>2</sup> Domínio da Gestão dos Cuidados.

<sup>3</sup> Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

<sup>4</sup> Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.



OBJETIVO GERAL			
<b>2. – Desenvolver estratégias de gestão emocional, como intervenção terapêutica de enfermagem, na relação enfermeiro-criança/jovem com doença crónica e sua família em situação de fim de vida.</b>			
Objetivo Específico	Atividades a desenvolver	Competências a adquirir	Contextos
2.1. – Despertar a sensibilidade da equipa de enfermagem para os benefícios do recurso a estratégias de gestão emocional como instrumento terapêutico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação das necessidades formativas da equipa de enfermagem, no âmbito da gestão emocional, para cuidar do RN, criança, jovem com doença crónica e sua família;</li> <li>- Análise dos projetos desenvolvidos no âmbito da gestão emocional como intervenção terapêutica de enfermagem;</li> <li>- Identificação das estratégias de gestão emocional utilizadas pela equipa de enfermagem;</li> <li>- Conceção de estratégias de gestão emocional junto da Equipa de Enfermagem;</li> <li>- Promoção de momentos de partilha de situações emocionalmente intensas vivenciadas pela equipa de enfermagem.</li> </ul>	<u>Competências Comuns do EE:</u> - B. <sup>1</sup> , C. <sup>2</sup> e D. <sup>3</sup> <u>Competências Específicas do EEESCJ:</u> - E2. <sup>4</sup> e E3. <sup>5</sup>  (OE, 2010a e 2010b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ Internamento de Pediatria;</li> <li>☐ Consulta Externa de Pediatria;</li> <li>☐ Urgência de Pediatria;</li> <li>☐ Unidade de Neonatologia – Cuidados Intensivos e Intermédios.</li> </ul>

<sup>1</sup> Domínio da Melhoria da Qualidade.

<sup>2</sup> Domínio da Gestão dos Cuidados.

<sup>3</sup> Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

<sup>4</sup> Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.

<sup>5</sup> Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

OBJETIVO GERAL			
<b>2. – Desenvolver estratégias de gestão emocional, como intervenção terapêutica de enfermagem, na relação enfermeiro-criança/jovem com doença crónica e sua família em situação de fim de vida.</b>			
Objetivo Específico	Atividades a desenvolver	Competências a adquirir	Contextos
2.2. – Desenvolver uma prática reflexiva contínua, baseada na experiência, para a aquisição de competências de gestão emocional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação de situações emocionalmente intensas no cuidar da criança/jovem com doença crónica em situação de fim de vida e sua família;</li> <li>- Elaboração de diários de aprendizagem sobre experiências de cuidados significativas no âmbito da gestão emocional no cuidar do RN, da criança e do jovem com doença crónica e sua família em situação de fim de vida.</li> </ul>	<p><u>Competências Comuns do EE:</u></p> <p>- A.<sup>1</sup>, B.<sup>2</sup> e D.<sup>3</sup></p> <p><u>Competências Específicas do EEESCJ:</u></p> <p>- E2.<sup>4</sup> e E3.<sup>5</sup></p> <p>(OE, 2010a e 2010b)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ Internamento de Pediatria;</li> <li>☐ Consulta Externa de Pediatria;</li> <li>☐ Urgência de Pediatria;</li> <li>☐ Unidade de Neonatologia – Cuidados Intensivos e Intermédios.</li> </ul>

<sup>1</sup> Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.

<sup>2</sup> Domínio da Melhoria da Qualidade.

<sup>3</sup> Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

<sup>4</sup> Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.

<sup>5</sup> Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

A acrescentar aos objetivos específicos transversais aos quatro contextos de estágios, atrás delineados, expõem-se os objetivos específicos, respeitantes a cada contexto de estágio em particular, assim como as correspondentes atividades a concretizar com vista ao desenvolvimento e aquisição das competências de EEESCJ.

#### 2.1.1. Internamento de Pediatria

**Objetivo específico** – Desenvolver uma prática reflexiva contínua, baseada na experiência, para a aquisição de competências de gestão emocional.

**Atividades a desenvolver:**

- Identificação e análise das estratégias de gestão emocional mobilizadas pelas EEESCJ;
- Confronto crítico das práticas com a evidência científica;
- Participação nas 1<sup>as</sup> Jornadas de Cuidados Paliativos Pediátricos – Mitos e Realidades, organizadas pela Liga Portuguesa Contra o Cancro, nos dias 2 e 3 de outubro de 2015.
- Apresentação de um poster intitulado “Cuidados Paliativos Pediátricos – Da Prática Clínica à Problemática do Fim de Vida” no decorrer das 1<sup>as</sup> Jornadas de Cuidados Paliativos Pediátricos;
- Visualização do documentário *Little Stars – Accomplishing The Extraordinary in The Face of Serious Illness*, no dia 5 de outubro de 2015, no âmbito das comemorações da Semana Mundial de Cuidados Paliativos 2015.

#### 2.1.2. Consulta Externa de Pediatria

**Objetivo específico** – Desenvolver competências na maximização da saúde e na promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem.

**Atividades a desenvolver:**

*Participação nas Consultas de Saúde Infantil e Juvenil*

- Aprofundamento de conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil;

- Aprofundamento de conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil;
- Desenvolvimento de estratégias de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança, do jovem e sua família;
- Avaliação dos parâmetros de crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem através dos instrumentos preconizados;
- Participação nos cuidados antecipatórios à criança, ao jovem e sua família para a maximização do seu potencial de crescimento e desenvolvimento;
- Participação nas intervenções de enfermagem direcionadas à criança e ao jovem com necessidades especiais de saúde e sua família;
- Participação na identificação e encaminhamento das situações de risco;

#### *Participação na Vacinação*

- Aprofundamento de conhecimentos sobre o Plano Nacional de Vacinação;
- Desenvolvimento de estratégias de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança, do jovem e sua família;
- Participação nas estratégias de atuação adotadas pela equipa de enfermagem direcionadas para os cuidados não traumáticos e nos cuidados centrados na família;
- Participação na vacinação de crianças e jovens.

**Objetivo específico** – Desenvolver uma prática reflexiva contínua, baseada na experiência, para a aquisição de competências de gestão emocional.

- Observação participante na visita domiciliária de crianças e jovens com doença crónica e suas famílias;
- Identificação das estratégias de gestão emocional mobilizadas pela EEESCJ no cuidar da criança e do jovem com doença crónica e respetiva família em contexto de domicílio;
- Confronto crítico das práticas identificadas à luz da evidência científica;
- Promoção de momentos de partilha, no decorrer da reunião semanal da equipa de enfermagem, de situações emocionalmente intensas ao cuidar

- Análise reflexiva das práticas com a equipa de enfermagem baseadas nas diferentes experiências expostas;
- Realização de uma sessão de formação direcionada à equipa de enfermagem sobre a temática Cuidados Paliativos Pediátricos.
- Elaboração de um dossier temático intitulado “Gestão emocional no cuidar da criança e do jovem, com doença crónica, em situação de fim de vida e sua família”.

Frequência do curso de formação profissional “Processo de Enfermagem Informatizado com CIPE versão 2.0 no CHLN”, nos dias 5,6 e 9 de novembro de 2015.

### 2.1.3. Serviço de Urgência de Pediatria

**Objetivo específico** – Desenvolver competências no cuidar da criança e do jovem gravemente doente e sua família em situação urgente e emergente.

**Atividades a desenvolver:**

- Aprofundamento de conhecimentos na avaliação imediata da criança gravemente doente;
- Participação nos cuidados individualizados à criança, ao jovem e sua família de acordo com a sua situação clínica;
- Desenvolvimento de estratégias de comunicação adequadas à criança, ao jovem e sua família em situação de urgência/emergência;
- Participação nas estratégias de atuação adotadas pela equipa de enfermagem direcionadas para os cuidados não traumáticos e nos cuidados centrados na família;
- Observação participante nos cuidados à criança, com doença crónica, em situação de fim de vida, em contexto de urgência de pediatria.

**Objetivo específico** – Desenvolver uma prática reflexiva contínua, baseada na experiência, para a aquisição de competências de gestão emocional.

- Identificação das estratégias de gestão emocional mobilizadas pelas EEESCJ no cuidar da criança e do jovem com doença crónica e respetiva família em contexto de urgência de pediatria;
- Confronto crítico das práticas identificadas à luz da evidência científica;
- Participação em reunião informal, da equipa de enfermagem, no âmbito dos cuidados prestados a criança com doença crónica, em situação de fim de vida, em contexto de urgência de pediatria;
- Análise reflexiva das práticas com a equipa de enfermagem baseadas nas experiências vivenciadas.

#### 2.1.4. Unidade de Neonatologia – Cuidados Intensivos e Intermédios

**Objetivo específico** - Desenvolver competências de EEESCJ na maximização da saúde e na promoção do crescimento e desenvolvimento do RN.

**Atividades a desenvolver:**

- Aprofundamento de conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento no período neonatal;
- Avaliação e registo dos parâmetros de crescimento e desenvolvimento no período neonatal;
- Desenvolvimento de estratégias de comunicação adequadas à família do RN;
- Participação nas estratégias de atuação adotadas pela equipa de enfermagem direcionada para os cuidados não traumáticos e para os cuidados centrados na família;
- Participação nas intervenções de enfermagem promotoras da parentalidade e vinculação;
- Participação nos cuidados individualizados ao RN e respetiva família de acordo com a sua situação clínica.

**Objetivo específico** – Desenvolver uma prática reflexiva contínua, baseada na experiência, para a aquisição de competências de gestão emocional.

**Atividades a desenvolver:**

- Identificação das estratégias de gestão emocional mobilizadas pelas EEESCJ no cuidar do RN com doença crónica e respetiva família em contexto de cuidados intensivos e intermédios de neonatologia;
- Confronto crítico das práticas identificadas à luz da evidência científica.

Participação nas XXI Jornadas de Pediatria, do Departamento de Pediatria do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE – Diálogos com Dor, nos dias 21 e 22 de janeiro de 2016.

Por último, em apêndice (Apêndice I), surge o cronograma dos estágios onde está delineado todo o percurso formativo.

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A contínua melhoria da qualidade dos cuidados prestados e o bem-estar da criança, do jovem e sua família deverá constituir uma das preocupações primordiais da prática do EEESCJ. Desta forma este deverá reunir um conjunto de competências que lhe permita ter uma visão aprofundada sobre as necessidades da criança, do jovem e sua família de forma a intervir de forma individualizada e deter uma tomada de decisão crítica baseada nas filosofias e referenciais orientadores da prática dos cuidados de enfermagem pediátricos, no quadro regulador da profissão e, também, fundamentada na evidência científica.

O presente Guia Orientador das Atividades de Estágio teve como base para a sua elaboração o Projeto de Estágio anteriormente elaborado. Pretende-se que constitua um instrumento facilitador na organização dos objetivos delineados e das atividades a desenvolver nos diferentes contextos de estágio.

Considera-se que o presente documento permanecerá em constante construção e atualização em função das prováveis necessidades de adaptação, dos objetivos e atividades inicialmente propostas, às realidades encontradas nos diferentes contextos de estágio.

No sentido do desenvolvimento pessoal e formativo, para o desenvolvimento e aquisição de competências de EEESCJ, pretendo atingir os objetivos a que me proponho no decorrer dos diferentes contextos de estágio.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abiven, D. M. (2001). *Para Uma Morte Mais Humana: Experiência de uma Unidade Hospitalar de Cuidados Paliativos* (2ª ed.). (L. Miranda, Trad.) Loures: Lusociência;
- Collière, M.-F. (2003). *Cuidar...a primeira arte da vida*. (S. Ventura, A. F. Oliveira, F. Oliveira, & S. Silveira, Trans.) Loures: Lusociência;
- Damásio, A. (2013). *Sentimento de Si - Corpo, Emoção e Consciência*. Lisboa: Temas e Debates - Círculo de Leitores;
- Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro - Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau;
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusociência;
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2014). Emotional Nursing Labour in the Childcare at the End-of-Life and Their Family: A Systematic Review. *International Journal of Nursing*, 1(2), pp. 65-77;
- Fernandes, A., & Santos, E. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Referência*, 11, pp. 59-62;
- Goleman, D. (2010). *Inteligência Emocional* (10ª ed.). (M. D. Correia, Trad.) Lisboa: Temas e Debates;
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa Perspectiva de Cuidar*. (Lusociência, Ed., & M. I. Ferreira, Trad.) Loures;
- Lacerda, A. (2012). A importância de cuidados paliativos em Pediatria. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43, pp. XC-XCI;
- Lama, D. (2003). *Ética para o Novo Milénio*. (C. Gomes, & E. M. Rosa, Trans.) Lisboa: Editorial Presença;
- Maunder, E. Z. (2006). Emotion work in the palliative nursing care of children and young people. *International Journal of Palliative Nursing*, 12(1), pp. 27-33;

- Maunder, E. Z. (2008). Emotion management in children's palliative care nursing. *Indian Journal of Palliative Care*, 14, pp. 45-50;
- Mendes, J., Justo da Silva, L., & Santos, M. J. (2012). Cuidados paliativos neonatais e pediátricos para Portugal - um desafio para o século XXI. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43, pp. 218-222;
- Mercadier, C. (2004). *O Trabalho Emocional dos Prestadores de Cuidados em Meio Hospitalar: o corpo, âmbito da interação prestador de cuidados-doente*. (M. Martins, Trad.) Loures: Lusociência;
- Morse, J. M., Bottorff, J., Andreson, G., O'Brien, B., & Solberg, S. (1992). Beyond empathy: expanding expressions of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 53(1), pp. 75-87;
- Ordem dos Enfermeiros. (Maio de 2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Pacheco, S. (2002). *Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética*. Loures: Lusociência;
- Porto Editora. (s.d.). *Paliar*. Obtido em 7 de Abril de 2015, de Dicionário da Língua Portuguesa com Novo Acordo Ortográfico: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa>;
- Silva, A. (2007). "Enfermagem Avançada": um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55, pp. 11-20;
- Simões, Â. (2011). Quando a criança morre. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42, pp. 149-153;
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. (J. Enes, Trad.) Loures: Lusociência.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I**  
**Cronograma de Estágios**

CRONOGRAMA DE ESTÁGIOS																					
Estágio com Relatório	Ano	2015												2016							
	Mês	Set.	Out./Nov.				Nov./Dez.				Dezembro				Janeiro				Fevereiro		
	Semanas	29 a 4	5 a 11	12 a 18	19 a 25	26 a 1	2 a 8	9 a 15	16 a 22	23 a 29	30 a 4	7 a 13	14 a 20	21 a 27	28 a 3	4 a 8	11 a 17	18 a 24	25 a 31	1 a 5	8 a 14
		Instituto Português de Oncologia de Lisboa				Hospital de Santa Maria				Hospital de São Bernardo				Férias de Natal		Hospital de São Bernardo		Hospital de Santa Maria			
		Internamento e Hospital de Dia de Pediatria				Consulta Externa de Pediatria				Serviço de Urgência de Pediatria						Serviço de Urgência de Pediatria		Unidade de Neonatologia - Cuidados Intensivos e Intermédios			
		5 SEMANAS				5 SEMANAS				2 SEMANAS						2 SEMANAS		4 SEMANAS			

## **APÊNDICE II**

Cronograma dos Estágios



CRONOGRAMA DE ESTÁGIOS																				
Ano	2015													2016						
Mês	Set.	Out./Nov.				Nov./Dez.				Dezembro				Janeiro				Fevereiro		
Semanas	29 a 4	5 a 11	12 a 18	19 a 25	26 a 1	2 a 8	9 a 15	16 a 22	23 a 29	30 a 4	7 a 13	14 a 20	21 a 27	28 a 3	4 a 8	11 a 17	18 a 24	25 a 31	1 a 5	8 a 14
Estágio com Relatório	Instituto Português de Oncologia de Lisboa  Internamento e Hospital de Dia de Pediatria  5 SEMANAS					Hospital de Santa Maria  Consulta Externa de Pediatria  5 SEMANAS					Hospital de São Bernardo  Serviço de Urgência de Pediatria  2 SEMANAS		Férias de Natal		Hospital de São Bernardo  Serviço de Urgência de Pediatria  2 SEMANAS		Hospital de Santa Maria  Unidade de Neonatologia - Cuidados Intensivos e Intermédios  4 SEMANAS			





### **APÊNDICE III**

Jornal de Aprendizagem I



### **Introdução**

Na atualidade a doença oncológica em idade pediátrica ainda é conotada socialmente como uma doença grave e inevitavelmente associada a um intenso sofrimento físico, psicológico e emocional. À experiência da doença estão afetas vivências emocionais, marcadas por sentimentos como a desesperança, a ansiedade, o medo, a incerteza e a insegurança face ao diagnóstico, ao tratamento proposto e ao prognóstico (Hockenberry & Wilson, 2014). O momento do diagnóstico de uma doença grave, como é o caso da doença oncológica, pode provocar na família uma crise emocional que irá influenciar cada um dos seus membros (Pedro, 2009). A doença aparece a grande maioria das vezes de uma forma inesperada exigindo à família estratégias para se confrontar e adaptar a esta nova realidade.

A reação da criança perante uma condição de doença crónica ou incapacitante, como a doença oncológica, depende de diversos fatores dos quais se destacam a sua idade, o seu nível de desenvolvimento, o seu temperamento, as experiências anteriores de doença, os seus mecanismos de adaptação e, ainda, a as reações da família à doença (Hockenberry & Wilson, 2014).

As necessidades de informação da criança e do jovem dependem essencialmente da sua etapa de desenvolvimento no entanto a maioria preocupa-se essencialmente com o impacto que a doença e os tratamentos terão no seu quotidiano e da sua família. As alterações desencadeadas na dinâmica familiar surgem pelas repetidas visitas aos serviços de saúde, aos múltiplos internamentos por tempo indefinido, à necessidade de exames complementares de diagnóstico, medicamentos agressivos e a uma diversidade de procedimentos invasivos que implicam sofrimento físico, psicológico e emocional. Apesar de todos os avanços da ciência, ao longo dos últimos anos, receber um diagnóstico de cancro é uma experiência devastadora revestindo-se de momentos de grande vulnerabilidade, com diversas manifestações como o isolamento, a alteração das relações familiares e sociais, a modificação de crenças e até mesmo a perda de controlo sobre a vida.

Cuidar da criança, do jovem e família com cancro implica vivências emocionais muito intensas que exigem ao enfermeiro o desenvolvimento de

competências com vista à sua compreensão e regulação num ambiente de cuidados carregado de afetos. Este trabalho com as emoções, ultrapassa todas as outras intervenções de enfermagem mais tecnicistas e reveste-se de afetos que surgem na relação terapêutica valorizando as experiências emocionais dos clientes (Diogo, 2015). Para (Hochschild, 1983) o Trabalho Emocional centra-se na gestão dos sentimentos, de forma a adotar uma expressão capaz de produzir no Outro um sentimento de bem-estar.

O processo de doença, desde o diagnóstico até à possível cura, constitui um momento partilhado de elevado sofrimento, ansiedade e angústia para a criança, o jovem e sua família. A intervenção do enfermeiro neste contexto específico de cuidados é decisiva para o restabelecimento do equilíbrio familiar e na melhoria da qualidade de vida de todos os seus elementos (Barros, 2008).

As competências cognitivas, emocionais, físicas e sociais da criança e do jovem desenvolvem-se ao longo do seu ciclo de vida. A par do seu crescimento e desenvolvimento as suas necessidades, capacidades, interesses e desafios também se vão modificando. Torna-se fundamental enquadrar a criança e o jovem na sua etapa de desenvolvimento, tendo em consideração as suas necessidades e competências únicas, ouvindo e respeitando a sua opinião (Kolucki & Lemish, 2011).

O impacto de uma doença crónica ou ameaçadora da vida é influenciado pela idade em que a doença ocorre existindo particularidades que lhe são inerentes (Hockenberry & Wilson, 2014). O enfermeiro constitui a chave no processo de comunicação terapêutica pelo que o deverá fazer de forma consciente, responsável, sensível e informada necessitando para tal de conhecimentos e competências sempre atualizados.

O atual Jornal de Aprendizagem, tem como objetivo principal ilustrar parte da riqueza da experiência vivenciada no contexto de estágio realizado num internamento de pediatria oncológica. Desta forma optei por descrever e refletir sobre duas situações de cuidados específicas que vivenciei durante este período. A primeira situação de cuidados remete para o impacto inicial de um primeiro internamento de um jovem para investigação e determinação de um diagnóstico. A

segunda situação refere-se ao acompanhamento de uma criança e sua família em situação de fim de vida.

A escolha destas duas experiências de cuidados para a realização do presente trabalho reflexivo foi motivada pela sua singularidade, exigência de mobilização e aquisição de conhecimentos e competências e, ainda, por toda a sua envolvimento emotiva com consequente necessidade de regulação emocional tanto por parte da crianças, do jovens e suas famílias como por parte dos seus cuidadores.

## **SITUAÇÃO I**

### **Descrição da situação**

No decorrer desta experiência de estágio tive a oportunidade de acompanhar um jovem de 14 anos e sua família, neste caso em concreto a sua mãe, que haviam sido transferidos dos Açores para aquela instituição de saúde para investigação e determinação de um diagnóstico. A distância a casa, onde ficaram 2 irmãos mais novos, o pai a trabalhar fora do país e a incerteza do diagnóstico acrescentavam a esta experiência, já por si só difícil, outros elementos como a saudade, a insegurança e uma mudança drástica de rotinas. É conhecido que a adolescência é considerada por si só uma fase de crise caracterizada por incertezas e dúvidas constantes. Em situação de doença, nomeadamente uma doença oncológica, à crise que já domina esta fase do percurso de vida de um jovem acresce uma outra crise com inúmeras repercussões a nível psicológico, físico e social. Acompanhei este jovem e mãe numa fase inicial de diagnóstico caracterizada pela incerteza constante e pelos esforços terapêuticos na procura de respostas perante os sinais e sintomas existentes. O aparecimento das primeiras manifestações de doença, a primeira procura de ajuda junto do médico de família seguida de encaminhamento para o serviço de urgência tornou-se num percurso ameaçador e com um crescente de incertezas e preocupações tanto para o jovem como para a família que acompanharam a par e passo toda esta dinâmica. O medo e ansiedade constituíram duas constantes nesta fase perante a possibilidade de diagnóstico de uma doença potencialmente ameaçadora da vida. No entanto a transferência urgente para uma instituição especializada em tratamento de doenças oncológicas, apesar de a doença ainda não ter um nome, tornou-se devastador e ao mesmo tempo inesperada. Surgiu um revolto de sentimentos e emoções naquele momento perante uma realidade que não se quer viver mas que tem de ser enfrentada. Apesar de se manter ainda o desconhecimento do diagnóstico final as hipóteses já expostas ao jovem e mãe condicionavam os seus pensamentos confrontando a doença e o futuro incerto.

### **Análise da situação**

Durante as diversas oportunidades de cuidados junto desta família procurei centrar a minha intervenção no estabelecimento de uma relação terapêutica estando presente e mostrando disponibilidade para estar presente. Tratava-se de um jovem e mãe com uma relação muito forte e próxima e que falavam entre eles honestamente. De certo modo, apesar de toda a envolvimento já descrita, foi fácil estabelecer diálogo com ambos. Em cada contato a mãe não perdia a oportunidade de esclarecer as dúvidas que iam surgindo com o passar das horas e dos dias. Após iniciada a conversa o jovem, embora mais introvertido, acabava por participar ainda que por vezes fosse necessário incentivá-lo com perguntas mais dirigidas. Procurei, juntamente com a enfermeira orientadora, num ambiente de privacidade e tranquilo responder às perguntas colocadas, de forma clara e objetiva, adequando as informações fornecidas às necessidades evidenciadas pelo jovem e mãe em cada momento. Uma preocupação transversal aos diferentes momentos de diálogo centrou-se no suporte emocional fornecido à família numa atitude de encorajamento e esperança face a situação vivenciada.

Ao fim de algum tempo ia revelando espontaneamente o que o mais preocupava e angustiava perdendo-se em pensamentos. A possibilidade de ser necessário fazer tratamentos prolongados naquela instituição longe de casa, dos irmãos, da família e dos seus amigos desassossegava-o assim como a forte possibilidade de ficar sem cabelo. Revelou mesmo que evitava sair do quarto, caminhar pelo corredor do internamento e ir até à sala de atividades para não se confrontar com as crianças e jovens sem cabelo. Apesar da sua ainda curta estadia naquele internamento apercebeu-se rapidamente do grande impacto da doença e dos tratamentos na imagem física constituindo assim uma das suas preocupações *major*.

Incentivei e proporcionei a sua inclusão em atividades disponíveis no serviço, não relacionadas com a doença, em conjunto com outros jovens da mesma faixa etária, como ver uma série televisiva do seu interesse, assistir a um jogo de futebol da seleção nacional e, ainda, jogar um jogo numa consola de videojogos. Tornou-se possível o início de algumas amizades com pares também ali internados. Apesar de



alguma apreensão e resistência inicial pude observar presencialmente a sua satisfação na concretização destas atividades assim como posteriormente através do seu próprio relato. Torna-se gratificante puder constatar como a nossa intervenção produz efeitos benéficos no Outro.

Nos diferentes contatos eram sempre evidenciadas, embora que por vezes discretamente, as saudades que tinha do seu pai. Assim, em equipa foi possível proporcionar um momento em família em que se estabeleceu o contato com o pai via Skype®. O pai que acompanhava esta situação de muito longe teve a oportunidade de estabelecer um contato mais direto com o filho e esposa. Foi indescritível a felicidade com que receberam a notícia desta oportunidade.

Em diferentes circunstâncias, sempre que foi possível, procurei proporcionar oportunidades para que este tomasse as suas próprias decisões ou participasse ativamente nas mesmas por vezes em coisas, aparentemente, triviais mas que naquele momento poderiam fazer a diferença. Foram exemplos a escolha do local de punção de uma veia periférica para a realização de um exame complementar de diagnóstico com contraste, a escolha da hora para realizar a sua higiene pessoal e a escolha de alguns componentes da sua refeição. Demonstrar flexibilidade e sensibilidade perante aspetos como os anteriormente descritos reforça a relação terapêutica, enaltece o respeito e valoriza as escolhas do jovem.

Esta experiência requereu uma contínua mobilização e desenvolvimento de conhecimentos e competências no âmbito da comunicação e da relação com o jovem e sua mãe o que constituiu um desafio diário. Dentro do que o tempo disponível o permitiu preocupei-me em demonstrar disponibilidade, interesse e compreensão junto deste jovem e mãe o que se demonstrou fundamental para o estabelecimento de uma relação terapêutica. O estabelecimento de laços de confiança, à medida que o tempo foi passando, permitiu aumentar a ligação no relacionamento favorecendo o processo adaptativo desta família perante a situação vivenciada.

Considero que a enfermagem tem um contributo fundamental no processo de adaptação da criança, jovem e família na fase de diagnóstico de uma doença oncológica pela sua participação efetiva e contínua. A equipa de enfermagem ocupa

uma posição privilegiada para a implementação de estratégias com intencionalidade terapêutica no sentido de minimizar as experiências emocionalmente intensas (Pedro, 2009). Através destas estratégias o enfermeiro procura transformar a experiência da doença e hospitalização numa experiência o mais positiva possível. A oportunidade de cuidar deste jovem e sua mãe envolveu-se de respeito e consideração pelo Outro na sua dimensão holística acreditando que em cada momento existe esperança procurando cultivá-la nos cuidados. Foi, também, estar disponível e dar de mim ouvindo, respeitando e ajudando através do cuidado, da palavra, do sorriso afectuoso ou até mesmo do silêncio.

## **SITUAÇÃO II**

### **Descrição da situação**

Este contexto de estágio permitiu-me, também, acompanhar durante alguns turnos uma criança de 3 anos com doença oncológica e sua família, em situação de fim de vida. Pelas características afetas à doença oncológica em causa e após duas recidivas com múltiplos reinternamentos e tratamentos a criança encontrava-se em fim de vida. Esta criança e família desde o momento do diagnóstico encontravam-se integradas num programa de cuidados paliativos com apoio multidisciplinar contínuo adaptado às diferentes fases da doença que foram atravessando.

Quando iniciei o estágio a criança já se encontrava numa situação clínica bastante instável e todos os esforços da equipa centravam-se na promoção do máximo conforto e maximização da qualidade de vida tendo em consideração a satisfação dos seus próprios desejos e dos desejos da família. Encontrava-se internada num quarto particular proporcionando-lhes o máximo de privacidade possível naquele contexto. O quarto estava decorado com diversos elementos como um poster, molduras com fotografias da criança com amigos/família, bonecos, colcha, escolhidos pela própria criança de forma a tornar ambiente o mais semelhante possível com o seu quarto em casa. Apesar da situação clínica crítica a criança comunicava, ainda que de forma muito frágil, e exprimia os seus desejos que iam sendo concedidos de acordo com as possibilidades como ter a televisão ligada com os seus programas de eleição, poder estar com a chucha e com o seu boneco de referência, comer a única coisa que lhe apetecia embora por vezes em horas desajustadas.

Tendo em consideração a aproximação do momento final a equipa organizou-se e permitiu a visita de algumas pessoas significativas como foi o caso do irmão mais velho e dos avós. O irmão, aparentemente, ciente do momento que se aproximava trouxe um desenho, em que se podiam ver os dois a brincar na rua, que foi colado na parede de forma que a criança o pudesse ver. Considerando a elevada carga emocional afeta à situação os membros da família presentes iam alternando respeitando os momentos de repouso da criança.

A mãe visivelmente exausta e triste saía do quarto por curtos instantes e deambulava pelo corredor. Quando se cruzava com algum elemento da equipa a própria iniciava conversa sendo evidente a sua necessidade de conversar. Numa destas conversas verbalizou o significado que tinha para ela poder manter os cuidados ao seu filho, respeitando ao máximo todas as suas preferências e desejos, até ao último momento. A mãe ausentava-se apenas nos períodos de sono do seu filho assegurando-se que este nunca ficava sozinho tentando estar presente novamente ao seu despertar porque sentia que enquanto mãe tinha que estar presente em todos os instantes não podendo faltar a nenhum pedido do seu filho.

### **Análise da situação**

Neste contexto de cuidados é notória a união de esforços contínua e continuada, por parte dos enfermeiros e restante equipa de cuidados, para atender e responder às necessidades da criança e família no sentido da excelência dos cuidados em pediatria. Uma avaliação cuidada, aprofundada e contínua da família, no que se refere às suas capacidades, necessidades e preferências, permitiu à equipa deter conhecimentos do seu funcionamento, das suas características e, ainda, do seu modo de organização. Assim foi possível, ao longo do período de doença, ajustar os cuidados à criança e respetiva família construindo os alicerces de uma relação terapêutica baseada no respeito, aceitação e compreensão.

A filosofia de cuidados implementada neste serviço privilegia a integração dos pais/pessoas significativas, nos cuidados à criança enquadrando-se assim nos Cuidados Centrados na Família. O envolvimento dos pais nos cuidados, o trabalho em parceria e a capacitação dos mesmos nos cuidados à criança são uma preocupação constante desta equipa. No entanto dada a complexidade de alguns tratamentos/procedimentos e a necessidade gradual adaptação e aceitação da família é sempre salvaguardado o seu desejo. “Os profissionais de saúde devem respeitar a escolha individual de cada família no que diz respeito aos cuidados da criança” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 942). Considero que esta filosofia de cuidados contribui para o fortalecimento do papel parental neste momento de crise. Na situação descrita o mesmo é evidenciado pela mãe quando verbaliza que a oportunidade de participar nos cuidados ao seu filho contribui para sua sensação de bem estar emocional o que tem repercussões diretas no bem estar físico e emocional do seu filho.

Estas experiências exigem que o enfermeiro, enquanto cuidador, desenvolva o seu autoconhecimento reconhecendo as suas próprias emoções e, também, as emoções dos outros que surgem das relações que se estabelecem resultantes no processo de cuidar. Perante estas experiências, emocionalmente intensas, o enfermeiro necessita de desenvolver um processo de análise e reflexão com vista ao desenvolvimento de diferentes estratégias que lhe confirmem competências para uma

gestão emocional efetiva em situações futuras com que se possa confrontar. Diogo (2006), num estudo debruçado sobre a experiência emocional dos enfermeiros no processo de cuidar em contexto pediátrico, concluiu que os enfermeiros reconhecem a necessidade de desenvolverem competências emocionais reguladoras da disposição emocional para cuidar.

Confrontada com esta experiência, emocionalmente intensa, foram diversas as flutuações na minha disposição emocional tendo sentido necessidade de recorrer a diferentes estratégias no sentido de a equilibrar. Partilhei (partilhámos) com a enfermeira orientadora, e com outros enfermeiros, os sentimentos e emoções que foram surgindo perante esta situação. Esta necessidade foi evidente mesmo por parte dos diversos membros da equipa. Apesar de não existir um momento destinado a esta partilha ela foi sendo concretizada informalmente nos diferentes momentos disponíveis e nas passagens de ocorrências. Ao testemunhar esta situação, e enquanto mãe de uma criança de 3 anos, foi inevitável identificar-me com as emoções desta mãe. Após cada turno senti ainda necessidade natural e intrínseca de analisar e refletir sobre a experiência vivenciada reconhecendo as emoções desencadeadas contribuindo para me tranquilizar e conseguir lidar melhor esta situação. Esta estratégia acompanhou-me diariamente no caminho até casa. Segundo Sandgren, Thulesius, Fridlund, & Petersson (2006) a auto-reflexão permite aos enfermeiros reconhecer sinais de excesso de trabalho e permite-lhe desenvolver o auto-crotolelo.

A enfermeira orientadora foi incansável estando presente junto da mãe e da criança por vezes apenas escutando em silêncio e, também, proporcionando oportunidades para a expressão de emoções contribuindo para alcançar um melhor controlo emocional aspeto evidente na sensação de tranquilidade e bem-estar que a própria referia após estes momentos. Encorajar a família a permanecer junto da criança dentro do possível e respeitando períodos descanso de cada elemento, responder às questões colocadas de forma honesta e proporcionar o máximo de privacidade possível foram, ainda, outras intervenções de enfermagem que tive a oportunidade de observar e participar julgando-as decisivas para o conforto e bem estar da criança e família. Considero que a disponibilidade e a presença efetiva que

adotei em momentos cruciais, juntamente com a enfermeira orientadora, foram decisivas para transmitir confiança, coragem, força e para fomentar a esperança mesmo numa situação em que o desfecho foi o menos desejado.

De realçar a motivação e persistência contínua da equipa, que reuniu todos os esforços, para proporcionar a esta criança e família tudo o que fosse possível, dentro dos seus desejos e necessidades, com vista a alcançar o seu bem-estar e o máximo conforto possível. A visita de outros familiares foi um desejo mencionado pelos pais e a própria criança dizia que queria ver o irmão. O irmão, de 10 anos, foi assistindo ao decurso da doença com visitas regulares ao hospital e envolvido nos cuidados ao irmão. Desde uma fase precoce que estava a ser acompanhado, também, pela equipa multidisciplinar e com apoio psicológico regular.

Perante tamanha adversidade foram as pequenas coisas, como o esboço de um sorriso através do olhar ou um afetuoso toque, que compensaram o lado mais triste e penoso da situação e deram alento para prosseguir. Como afirma Diogo (2015) “são momentos que ficam gravados na memória afectiva, e por vezes prevalecem em relação às experiências negativas”. No entanto não foi possível deixar de sofrer junto desta criança e família e de sentir impotência perante tamanho sofrimento. Este sentimento a par da tristeza era partilhada pela restante equipa presente nos diferentes turnos.

Tenho também que realçar a organização da equipa que procurava que, dentro do possível, fossem sempre os mesmos enfermeiros, a cuidar desta criança e sua família e preferencialmente o seu enfermeiro de referência. Pude observar ainda um apoio incondicional entre colegas que, com o intuito de ajudar o colega que ficava responsável por esta criança, iam adiantando outras responsabilidades do trabalho como seja a preparação da medicação. Assim proporcionavam ao colega mais tempo e disponibilidade para estar junto desta criança e família. Pude ainda observar neste contexto, durante um turno, a substituição de uma enfermeira que reconheceu não se sentir capaz de prosseguir a prestação de cuidados àquela criança e família, pela envolvimento emocional, tendo-se oferecido de imediato um colega para a substituir. Nesta situação em específico a enfermeira, na procura do

seu equilíbrio emocional e recuperação do desgaste emocional sentido, necessitou de se distanciar da prestação de cuidados.

Desenvolver e adoptar estratégias que visem o autocuidado, enquanto cuidadores, que permitam equilibrar a disposição emocional é imprescindível para estar disponível para prestar cuidados de elevada qualidade (Sandgren *et al.*, 2006).

É o resultado da nossa presença e disponibilidade, estampado n'Aquele de quem cuidamos, que dá sentido às nossas ações e nos dá alento para continuar mesmo perante situações mais difíceis de lidar. O investimento no cuidar do Outro permite conquistar um sentimento de tranquilidade pessoal e de plenitude enquanto profissional enfermagem. "Os esforços dedicados colhem recompensas numerosas e estas não devem ser esquecidas ou minimizadas" (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 960).



### Referências Bibliográficas

Barros, S. (2008). *O Contributo do Enfermeiro no processo adaptativo do Adolescente a uma Doença Oncológica. Dissertação para a obtenção de grau de mestre em Ciências de Enfermagem*. Porto: Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro - Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.

Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar* (2ª edição ed.). Loures: Lusociência.

Hancock, K., Clayton, J. M., Parker, S. M., Wal der, S., Butow, P. N., Carrick, S., et al. (2007). Truth-telling in discussing prognosis in advanced life-limiting illnesses: a systematic review. *Palliative Medicine*, 21, pp. 507-517.

Harrison, T. M. (2010). Family-Centered Pediatric Nursing Care: State of Science. *Journal of Pediatric Nursing* (25), pp. 335-343.

Hesbeen, W. (2001). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Hochschild, A. R. (1983). *The managed hearth: Commercialization of Feeling*. Berkeley: University of California Press.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. I). Loures: Lusociência.

Jolley, J., & Shields, L. (2009). The Evolution of Family-Centered Care. *Journal of Pediatric Nursing*, 2 (24), pp. 164-170.

Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança*. Loures: Lusociência.

Kolucki, B., & Lemish, D. (2011). *Communicating with children*. New York: United Nations Children's Fund.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pedro, J. J. (2009). *Parceiros no Cuidar: A perspectiva do enfermeiro no cuidar com a família, a criança com doença crónica*. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Sandgren, A., Thulesius, H., Fridlund, B., & Petersson, K. (2006). Striving for Emotional Survival in Palliative Cancer Nursing. *Qualitative Health Research* , 16 (1), pp. 79-96.

Tigulini, R. S., & Melo, M. (2002). A comunicação entre enfermeiro, família e paciente crítico. *Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem*.

Tobin, G. A., & Begley, C. (2008). Receiving Bad News. A Phenomenological Exploration of the Lived Experience of Receiving a Cancer Diagnosis. *Cancer Nursing* , 31 (5), pp. E31-E39.



## **APÊNDICE IV**

Poster – “Cuidados Paliativos Pediátricos - Da Prática Clínica à Problemática do Fim de Vida”

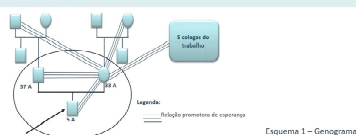


M. Marcelino<sup>1</sup>, A. Nuno<sup>1</sup>, M.J. Palaré<sup>2</sup>, J. Torgal<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Urgência Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE  
<sup>2</sup>Unidade de Hematologia, Serviço de Pediatria Médica e Serviço de Neonatologia, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE  
<sup>3</sup>Consultas Externas de Pediatria, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

Os Cuidados Paliativos Pediátricos têm como objectivo controlar a dor e o sofrimento das crianças, não só a dor física mas também a dor psicológica, intelectual, emocional e espiritual. Afirmam a vida e aceitam a morte como um processo natural pelo que não é objectivo adiá-la ou atrasá-la (M. Gomes, 2010; 10). É preciso reconhecer a criança como um ser individual e único, ampliando os cuidados ao âmbito familiar e social em que se desenrola como ser humano. Neste trabalho será apresentado um caso clínico de uma criança e respectiva família durante o processo de doença até ao final de vida. Serão abordados os cuidados que foram realizados em final de vida aqueles que poderiam ter sido realizados, assim como, os cuidados no luto e as considerações éticas, com recurso a uma revisão de literatura, bem com a uma reflexão profunda e pessoal.

### Antecedentes Familiares



Prematuridade (28s+5d)	Extremo baixo peso (920gr)	Hemorragia intraventricular grau III com hidrocefalia (SDVP)	Encefalomalácia quística
Atrofia cerebelosa hemisférica bilateral	Paralisia cerebral quadriplégica espástica	Epilepsia secundária	Doença pulmonar crónica (nCPAP)
Bexiga neurogénica com refluxo vesico-ureteral grau III esquerdo	Litíase renal	Infecções urinárias de repetição	Vesicostomia

- **Rapaz de 5 anos** → 1 dia antes do internamento → Urgência Pediatria
- Infecção respiratória baixa → alta medicado com antibioterapia oral
- Agravamento da dificuldade respiratória → Retorno à Urgência Pediatria
- Internamento → Instabilidade hemodinâmica e neurológica

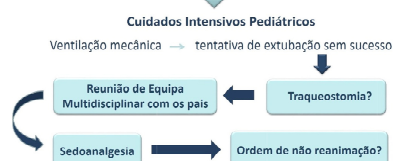


Imagem 1 – símbolo da Prematuridade

- Pais recusam hipótese de traqueostomia (decisão tomada entre o casal antes do internamento), realização de procedimentos invasivos e manobras de reanimação em caso de paragem cardíaca ➡ Grande sofrimento para o seu filho

**Fase final de vida**

- **UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**
- Acompanhamento por equipe multidisciplinar
- Participação dos pais nos cuidados prestados ao seu filho
- Oportunidade para expressão de sentimentos e de manifestações de espontaneidade
- Visitas de outros familiares e pessoas significativas
- Promoção da privacidade
  - Tempo para se despedir do seu filho
  - Faleceu ao lado da mãe e na companhia do pai

▪ Fase final de vida no domicílio ou num internamento em quarto isolado

- Acompanhamento por Equipe Multidisciplinar diferenciada em Cuidados Paliativos Pediátricos, com início aquando do nascimento

**O QUE PODERIA TER SIDO FEITO...**

	Beneficência	Não Maleficência	Autonomia	Justiça
Qualidade de vida	Dar dignidade à vida da criança e pais		Respeitar a decisão dos pais	
Traqueostomia	Permitir que não esteja dependente de técnicas invasivas	Procurar o não sofrimento da criança e pais	Compreender as técnicas que causam maior conforto à criança	Remeter à comissão de ética. Imparcialidade de decisão
Aceitação de não reanimar	Dar dignidade à vida da criança e pais		Ir de encontro à reflexão já anteriormente feita pelos pais	
Comunicação sobre o final de vida em episódio agudo de doença	Ir de encontro às necessidades emergentes da criança e família	Preparar para o momento de final de vida da criança	Compreender os sentimentos envolvidos no momento de doença aguda	Determinar quem é o melhor "fui" para o interesse da criança

O diagrama apresenta a Pirâmide de Intervenção da equipe no período de luto, dividida em cinco níveis, cada um com uma intervenção específica:

- Nível 1 (Topo):** Desenvolver novas competências. Intervenções: Iniciar grupo de apoio a pais de crianças com doença crônica (disponibilidade para ouvir); Receber telefonemas e postais de amigos.
- Nível 2:** Permitir a expressão de sentimentos. Intervenções: Criar momentos de desenvolvimento de laços dentro do próprio casal; Presença de alguns enfermeiros da Neonatologia no funeral.
- Nível 3:** Manter a privacidade familiar.
- Nível 4:** Apresentar escuta ativa e comunicação honesta.
- Nível 5 (Base):** (Não possui uma intervenção específica listada).

Além das intervenções associadas aos níveis, há cinco outros pontos de apoio ao luto representados por setas azuis apontando para os níveis da pirâmide:

- Desejam ter um novo filho (aponta para o topo).
- Agradeceram os profissionais que acompanharam o filho ao longo do seu percurso de vida (aponta para o segundo nível).
- Estiveram apoiados pelos amigos da comunidade (aponta para o terceiro nível).
- Refletiram com os profissionais sobre os cuidados e decisões em final de vida (aponta para o quarto nível).

Esquema 2 – Pirâmide de intervenções da equipe no período de luto

Os Cuidados Paliativos Pediátricos devem ser iniciados no momento do diagnóstico e desenvolvidos ao longo do processo terapêutico com o intuito de definir a melhor estratégia que atenda às necessidades da criança em fase final de vida. Neste caso clínico a intervenção na perspectiva de cuidados paliativos foi desenvolvida precocemente através de uma abordagem multidisciplinar promovendo a qualidade de vida e conforto da criança e família. Apesar da problemática ética envolvente a prioridade primordial foi o menor sofrimento da criança e da família.

**Referências Bibliográficas**

1. Baio, J.; Lencart, P. (2006). Problemas éticos al final de la vida. *Diário Médico de São Paulo*, 105, 41-45. 2. Gomes, M. (2008). *Colômbia Política Psíquica* - o desmoronar de um absurdo. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Monografia. Porto, 3. Neto, A. D. (2013). Ética nas decisões sobre o fim da vida - a importância dos cuidados paliativos. *ANAPPA FCMSCB - Revista de Psiquiatria do Centro Hospitalar do Porto*, XIII (nº 4), 252-256. 4. Pacheco, S. (2009). *Cuidar a pessoa em fase terminal - Perspectiva ética*. [2ª edição]. Lourenço: Lusociência; 5. Piva, J.; Garcia, P. C.; Lago, R.M. (2012). O dilema e a dificuldade de encerrar decisões de final de vida. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 22 (nº1), 78-96.



## **APÊNDICE V**

Jornal de Aprendizagem II





### **Introdução**

Há mais de 10 anos que a dor foi definida como o 5º sinal vital e, no entanto ainda se assiste, com alguma frequência, à sua subvalorização. Em contexto pediátrico, para cuidar da criança e jovem com dor, é necessário um conhecimento dos fármacos analgésicos existentes e dos seus critérios de administração e, também, um entendimento aprofundado das terapias não farmacológicas no alívio da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

As estratégias não farmacológicas, enquanto intervenções de carácter psicológico, demonstram-se eficazes no controlo da dor ligeira, na realização de procedimentos dolorosos e constituem um complemento às intervenções farmacológicas (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Estas podem ser classificadas em estratégias Comportamentais, Cognitivas, Cognitivo-comportamentais, Físicas ou periféricas, Suporte emocional e, ainda, Ambientais. A sua escolha prende-se com diversos fatores entre os quais os recursos existentes, a sensibilidade da criança à dor, as suas preferências pessoais, a sua etapa de desenvolvimento, o tipo e características da dor. A associação de diferentes estratégias não farmacológicas no controlo e alívio da dor, potencia os efeitos positivos das mesmas permitindo, ainda, uma melhor adaptação a cada criança e jovem indo ao encontro das suas necessidades e preferências. A presença e envolvimento da família constitui um elemento decisivo no planeamento de intervenções individualizadas.

O momento em que uma criança ou jovem é submetida a um procedimento, como seja uma colheita de sangue ou a administração de uma vacina, implica uma vivência emocionalmente intensa na medida em só por si constitui uma experiência potencialmente traumática. A preparação da criança, jovem e família para a realização de procedimentos, nomeadamente através da informação prévia fornecida é indispensável no sucesso dos cuidados de enfermagem à criança e jovem, uma vez que facilita a diminuição da ansiedade inerente aos procedimentos e desmistifica medos sendo necessário ter sempre em consideração o desenvolvimento da criança e do jovem, bem como as suas experiências anteriores (OE, 2013). O recurso às estratégias não farmacológicas para controlo da dor tem

um impacto decisivo na regulação emocional da criança, da família e ainda do prestador de cuidados.

O presente Jornal de Aprendizagem tem como objetivo primordial a descrição e reflexão sobre uma situação particular de cuidados vivenciada no contexto de estágio referente aos Cuidados de Saúde Primários – Consulta Externa de Pediatria, e que envolve a preparação uma criança pré-escolar para a realização de um procedimento potencialmente doloroso – a administração de uma vacina.

A pertinência da escolha desta experiência de cuidados para a realização enquadra-se no problemática em torno deste relatório na medida em que os procedimentos dolorosos são experiências potencialmente traumáticas envolvendo vivências emocionais intensas para a criança, família e profissionais envolvidos.

### **Descrição da situação**

A experiência eleita para reflexão diz respeito a uma situação de cuidados prestados a uma criança, do sexo masculino, com 4 anos de idade que se dirigiu à Consulta Externa de Pediatria, acompanhado da sua mãe, afim de lhe ser administrada uma vacina extra plano nacional de vacinação. Após consulta breve do Boletim Individual de Saúde constatou-se que cerca de dois meses antes lhe tinha sido administrada uma outra vacina facto facilmente interpretado através da leitura da sua expressão facial de medo e tristeza, das suas repetidas verbalizações “eu não quero levar uma pica, eu não quero levar uma pica” e da sua posição estratégica escondido atrás da mãe e agarrado à sua perna. Desta forma interpretei que a experiência anterior, ainda muito recente, teria sido emocionalmente intensa e desagradável. Apercebi-me que estaria naquele momento perante um grande desafio que seria transformar naquela criança a sua experiência de – “levar uma pica” – através de uma experiência totalmente diferente.

Assim sendo, primeiramente questioneei a mãe no sentido de obter uma breve descrição da experiência anterior ficando a saber à partida aquilo que não tinha resultado numa experiência anterior. A sua explicação foi sucinta tendo dito “foi tudo muito rápido, não houve tempo para explicação apenas teve de positivo ter ficado sentado ao meu colo”. Expliquei à mãe que iria procurar alterar a percepção que o seu filho possuía da experiência da vacinação tendo desde logo obtido o seu consentimento e total disponibilidade para a concretização deste objetivo. Este fator assumiu desde logo particular importância na medida em que a presença dos cuidadores contribui para promover a orientação, escolha e aplicação das estratégias não farmacológicas. A presença, disponibilidade e colaboração dos pais contribui para o sentimento de segurança da criança e consequente diminuição da ansiedade. Negociada a presença e a colaboração da mãe centrei-me em cativar a criança e a conseguir a sua atenção.

Para tal coloquei-me à altura da criança e comuniquei calmamente com a criança, num tom de voz sereno. Apresentei-me e em seguida procurei saber mais sobre ele e apesar de um notório receio inicial foi respondendo às perguntas. Em

seguida perguntei-lhe se sabia porque é que estava ali e num tom muito despachado respondeu novamente “levar uma pica”. Aberto o tema expliquei-lhe então o procedimento a realizar de uma forma simples e recorrendo a uma linguagem adequada à sua etapa de desenvolvimento. No entanto a experiência negativa prévia não lhe permitiu de imediato confiar em mim e na sua expressão facial transparecia o medo. Neste momento avistei sobre a mala da mãe um pequeno dragão de peluche e percebi-o como uma estratégia de alcançar a sua confiança. Solicitei-lhe autorização para usar o seu “amigo” (objeto de transição) para lhe poder explicar e exemplificar novamente o procedimento a realizar. Incentivei-o a segurar o dragão ao colo através de um abraço reconfortante e beijinhos na testa o que ele desde logo concordou sentindo-se importante em ajudar o amigo. Expliquei-lhe, também, que a vacina é “um remédio muito importante para proteger os meninos de ficarem muito doentes” surgindo de imediato a sua “eu não quero que o meu amigo fique doente”. Procurei ser honesta não lhe omitindo que sabia que “doí um bocadinho pequenino mas depois passa muito rápido”. Foi no final desta explicação que a criança verbalizou o desejo de ter uma “seringa pequenina para dar uma vacina ao meu amigo”. Sendo totalmente exequível proporcionei-lhe este desejo. Após ter “vacinado” o seu amigo seria então a sua vez. Contudo ainda havia mais para ser explorado e preparado. Assim, tratando-se de uma vacina extra plano nacional de vacinação o braço para a administração não se encontra previamente definido permitindo envolver a criança na escolha do mesmo. Foi nítido o interesse da criança na possibilidade de escolha respondendo de imediato. Retornando novamente ao seu “amigo” procurei encorajá-lo destacando que “ele ajudou muito ficando sossegadinho ao teu colo. Foi muito forte e valente”.

Enquanto a enfermeira orientadora preparava a vacina, para sua posterior administração, e após ter, aparentemente, conquistado a atenção da criança foquei-me em escolher uma ou mais estratégias farmacológicas a recorrer durante o procedimento. Perguntei-lhe se sabia o que era um catavento. Apesar de ter obtido uma resposta negativa a sua expressão facial transpareceu curiosidade. Apresentei-lhe assim um pequeno catavento colorido e expliquei-lhe o seu funcionamento exemplificando “põe o ar para dentrooooooooo e depois para...foraaaaaaaaa e assim

fazes o catavento rodar” e depois novamente “para dentroooooo e...para foraaaaaa”. Quis logo ser ele a fazer, reação tão própria da idade. E assim ficou a “treinar” distraído enquanto a enfermeira orientadora informou a mãe dos possíveis efeitos adversos da vacina, medidas sintomáticas para controlo dos mesmos e sinais de alarme.

Tinha chegado então o momento de administrar a vacina. Após posicionada a criança ao colo da mãe voltei a reforçar à criança o quão importante era sua ajuda e que para isso bastava permanecer calmo e encostado à mãe ao mesmo tempo que soprava fazendo-o rodar. À mãe solicitei apenas um abraço mais aconchegado e uns mimos como já exemplificado pela criança no seu dragão. Ainda fomos surpreendidas pela intervenção da criança neste momento que disse à mãe “tu consegues faz como eu fiz!”. Parecia que tínhamos então, naquele curto espaço de tempo, um ambiente seguro e repleto de afetos. A criança colaborou na realização do procedimento e no fim afirmou: “esta doeu menos, foi só um bocadinho como tu disseste!”. Mais uma vez aproveitei para reforçar o quanto foi corajoso e ofereci-lhe uma medalha autocolante “Fui um valente!”. Inesperada foi a sua reação vindo ter comigo para me dar um beijinho.

### **Análise da situação**

A prática diária de cuidados de enfermagem, a par da literatura, transmitem-nos que a preparação de uma criança para um qualquer procedimento diminui a sua ansiedade e medo, promove a sua colaboração e a criação ou consolidação dos mecanismos de *coping* e fomenta a sensação de controlo. Esta preparação, que inclui uma componente psicológica e, também, física, deve ser parte integrante da atuação do EEESCJ, este para além de a promover e incentivar junto dos seus pares deve, ainda, desenvolver estratégias adaptadas a cada criança, tendo em conta a sua etapa de desenvolvimento, as suas particularidades, as suas experiências anteriores e, ainda, o significado que atribui à situação em específico. Na situação descrita o fornecimento de informação antecipatória, explicando à criança e à mãe as diferentes etapas do procedimento, demonstrou o seu carácter decisivo para as intervenções que se seguiram.

Para as crianças desta idade é extremamente importante manipularem os equipamentos e materiais na medida em que lhe é dada a oportunidade de expressar os seus medos e as suas preocupações. Nesta situação específica de cuidados, a brincadeira lúdica e terapêutica (“faz-de-conta”), com recurso ao seu próprio boneco, permitiu a visualização prévia do procedimento e o manuseamento dos materiais a ser utilizados contribuindo para a expressão de sentimentos e consequente diminuição do medo e da ansiedade. Foi visível que no final deste momento a criança estava mais calma e controlada do que quando entrou na sala de vacinas. Brincar é um dos aspetos mais importantes da vida de uma criança e constitui uma das ferramentas mais eficazes para gerir situações potencialmente stressoras (Hockenberry & Wilson, 2014). Desta forma brincar torna-se essencial para manter o bem-estar mental, emocional e social das crianças. Brincar é uma necessidade da criança e que se mantém mesmo durante a doença e a hospitalização. O brincar terapêutico contribui para ajudar a criança a desenvolver e a construir mecanismos de *coping* de forma a enfrentar situações adversas. Assim sendo o brincar terapêutico deve ser um recurso para o EEESCJ, junto da criança e sua família, de forma a auxiliá-la a ultrapassar situações de crise que vivência. O

EEESCJ através da brincadeira terapêutica consegue mais facilmente estabelecer uma relação terapêutica com a criança, esta por sua vez consegue expressar os seus sentimentos, medos e receios relacionados com a sua vivência.

A criança pré-escolar gosta de ser envolvida nos procedimentos e o seu envolvimento contribui para conquistar a sua cooperação (Hockenberry & Wilson, 2014). O facto de poder participar e tomar decisões nesta idade ganha especial valor para as crianças. Dar a escolher o penso que vai colocar após a vacina, o diploma ou o autocolante que vai poder levar consigo é um fator motivador para que colabore no procedimento a efetuar. O envolvimento aliado ao reforço positivo também se demonstram determinantes para o resultado final.

Durante a realização do procedimento é fundamental distrair a criança. A distração constitui um método não farmacológico para controlo e alívio da dor. Quando as crianças estão distraídas numa atividade que é do seu interesse tendem a dar menos atenção ao procedimento. A escolha, preparação e treino da técnica deve ser realizada antes do início do procedimento. Desta forma soprar no catavento, fazendo-o o rodar, constitui uma estratégia que envolveu não só a distração como também o controlo da respiração.

Por último, elogiar a criança pré-escolar pela sua ajuda, pelo seu contributo no sucesso do procedimento e pelo seu esforço em cooperar é fundamental uma vez que as crianças nesta idade dão muito valor ao que os adultos lhe transmitem e gostam de se sentir úteis e importantes.

Tratou-se de uma situação de cuidados especial. As estratégias adotadas no decorrer desta situação de cuidados contribuíram para estabelecer uma relação terapêutica empática e com afeto, a construção de um ambiente seguro e diminuição do medo e da ansiedade. Em situações semelhantes nem sempre decorre de forma tão linear. Ainda assim considero que a reflexão crítica sobre experiências como a descrita também são determinantes no nosso percurso de desenvolvimento enquanto profissionais contribuindo para o desenvolvimento contínuo de competências. Esta situação em particular contribuiu para o desenvolvimento de diversas competências no âmbito da construção da relação terapêutica, da



comunicação com o binómio criança-mãe e, ainda, da gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança.

São experiências como a descrita que elevam o significado do Cuidar o Outro em enfermagem pediátrica a outra dimensão. Sem qualquer dúvida que valeu todo o empenho e persistência na procura de uma mudança das cognições prévias de dor naquela criança associadas à vacinação. No final houve um sentimento de grande satisfação e a sensação de missão cumprida. A minha intervenção centrou-se essencialmente na sensibilização da equipa de enfermagem para o recurso a estratégias não farmacológicas para controlo da dor minimizando desta forma o sofrimento, promovendo o conforto e contribuindo para uma regulação emocional de todas os atores envolvidos. Esta sensibilização realizada através do incentivo e demonstração *in loco* da eficácia da associação de diferentes estratégias não farmacológicas no controlo e alívio da dor demonstrou-se eficaz com uma boa adesão. Deste modo considero que deixei um contributo positivo neste contexto de estágio. A equipa, de um modo geral, já se apresentava desperta para esta temática. No entanto, alguns elementos ainda se encontravam algo céticos quanto aos seus benefícios. Mas foi possível observar que estes elementos foram perdendo o ceticismo inicial à medida que iam passando pela experiência uma vez que a equipa de enfermagem ficou entusiasmada havendo um aumento da implementação de estratégias farmacológicas nomeadamente a sua associação.

**Referências Bibliográficas**

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor da criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa.



## **APÊNDICE VI**

Sessão de Formação – “Cuidados Paliativos Pediátricos”



## CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

20  
de  
Novembro  
2015

Regente: Professora Doutora Paula Diogo

Docente Orientadora: Professora Doutora Paula Diogo

Orientadora: Enf.ª Cláudia Duarte

Docente: Joana Torgal n.º 6078

## OBJETIVOS DA SESSÃO

- Esclarecer a Equipa de Enfermagem sobre os Cuidados Paliativos Pediátricos;
- Sensibilizar a Equipa de Enfermagem para a importância dos Cuidados Paliativos Pediátricos.

## PLANO DA SESSÃO FORMATIVA

- Pertinência da temática;
- Definição de conceitos chave;
- Contextualização da problemática a nível nacional;
- Especificidades dos Cuidados Paliativos Pediátricos;
- Necessidades das crianças/jovens e suas famílias;
- Princípios dos Cuidados Paliativos Pediátricos

## PERTINÊNCIA DA TEMÁTICA

- A **evolução das ciências da saúde** verificada nas últimas décadas desencadeou um **aumento considerável da esperança média de vida**, a **cura da grande maioria das patologias agudas** e a **cronicidade de muitas doenças incuráveis**;
- Verificou-se um **aumento do número de crianças com doenças crónicas complexas**, com um **prognóstico** de vida que se prolonga **substancialmente no tempo**, sendo que muitas delas **dependem de tecnologia** e **necessitam de palição**;
- Os Cuidados Paliativos Pediátricos em Portugal são uma **necessidade emergente**, ainda com pouca capacidade de resposta, mas em **grande desenvolvimento**.

## DOENÇA CRÓNICA COMPLEXA

Doença grave, com uma duração **de pelo menos 12 meses** (exceto em caso de morte).

Precisam de cuidados de saúde diferenciados, sendo o diagnóstico e seguimento efetuados por um centro especializado.

**Doenças limitantes** ou **ameaçadoras da vida**, e na grande maioria das situações não há cura possível.

(DGS, 2015)

## DOENÇA CRÓNICA NA CRIANÇA/JOVEM

- ✓ É “uma **condição física irreversível**, que acompanhará a criança toda a vida, exigindo sempre cuidados e assistência especial”.

(Charepe, 2014)

- ✓ **Altera** não só o **quotidiano** da criança como da sua família.

(Santos 2010)

- ✓ O seu **tratamento** é, na grande parte dos casos, **prolongado, complexo** e exige cuidados médicos constantes à criança.

(Araújo *et al*, 2009)



## CUIDAR DA CRIANÇA COM DOENÇA CRÔNICA



## CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

### **Paliação**

“alívio do sofrimento”

### **Ações Paliativas**

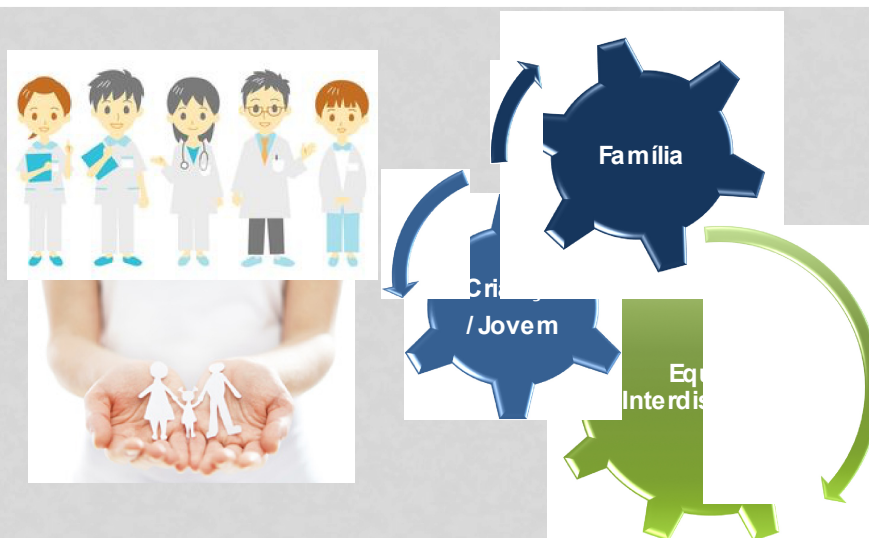
“Qualquer medida terapêutica sem intuito curativo, que visa minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente”

(DGS, 2010, p. 7)

# CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

“Uma abordagem que visa **melhorar a qualidade de vida** dos doentes e suas famílias, que enfrentam **problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave** e com **prognóstico limitado**, através da **prevenção e alívio do sofrimento**, da **preparação e gestão do fim de vida** e do **apoio no luto**, (...) são **cuidados intensivos do conforto** (...) prestados de forma **multidimensional e sistemática** por uma **equipa multidisciplinar**, cuja prática e método de tomada de decisões são baseadas na **ética clínica**.”

(DGS, 2010, p. 7)



## OBJETIVOS

CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

## PRINCÍPIOS DOS CPP

Cuidados globais e proativos (antecipam problemas e planeiam soluções)

Envolvem suporte à família/pessoa significativa

Iniciam-se aquando do diagnóstico da doença

Exigem uma abordagem humanizada e tecnicamente especializada

Os profissionais de saúde devem avaliar e aliviar o sofrimento físico, psicológico e social da criança

Podem ser implementados mesmo quando os recursos são limitados

Podem ser prestados por centros terciários, CSP ou no domicílio

(GAP, 2015)

- Número reduzido de casos;
- Ampla diversidade de patologias;
- Limitação de disponibilidade de fármacos adaptados à pediatria;
- Fatores específicos de cada estágio de desenvolvimento;
- Papel da família;
- Área recente da Medicina;
- Envolvimento emocional;
- Sofrimento e luto;
- Questões éticas e legais;
- Impacto social;
- Escassez de profissionais com formação específica.

(EAPC, 2009)

## ESPECIFICIDADES

CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

## NÍVEIS DE CUIDADOS DE CPP

### Nível 1 – *Avançado*

profissionais com formação avançada e trabalho exclusivo em CPP

### Nível 2 – *Intermédio*

profissionais com interesse em CPP, embora essa não seja a atividade principal

### Nível 3 – *Básico*

Todos os profissionais que lidam com crianças

## NECESSIDADES DAS CRIANÇAS/ JOVENS E FAMÍLIAS

### NECESSIDADES FÍSICAS

- Controlo dos sintomas;
- Facilitar o crescimento e desenvolvimento – potencial individual;
- Definir **antecipadamente** o **plano de cuidados** da criança/jovem e família.

### NECESSIDADES PSICOLÓGICAS

- Comunicação **aberta e clara**;
- **Apoio emocional** contínuo;
- **Recursos e ferramentas** que promovam **desenvolvimento das características individuais**.

(EAPC, 2009)

## NECESSIDADES DAS CRIANÇAS/ JOVENS E FAMÍLIAS

### NECESSIDADES SOCIAIS

- Atividades apropriadas às necessidades individuais;
- Manter atividades escolares o maior tempo possível;
- Atividades sociais que permitam interação com pares.

### NECESSIDADES ESPIRITUAIS

- Acesso à assistência espiritual e apoio respeitando a cultura e religião da família.

(EAPC, 2009)

- Receber **informação clara e honesta**, desde o início da doença, sobre o **diagnóstico, trajetória da doença e problemas expectáveis**;
- Existência de **coordenação** entre os diversos **prestadores de cuidados**;
- **Apoio para os irmãos** para que compreendam a situação e se sintam integrados na situação familiar;
- **Ajuda** financeira.

### PRINCIPAIS **NECESSIDADES DA FAMÍLIA**

CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

## BARREIRAS À PRESTAÇÃO DE CPP

Perceção como cuidados exclusivamente de fim de vida

Ênfase na perseguição de uma cura

Baixa prevalência

Dispersão geográfica

Má coordenação e comunicação

Falta de formação, de treino e de recursos

(DGS, 2014, p. ix)

## PORTUGAL



✓ **1 milhão e 900 mil**  
**crianças e jovens**  
(0-17 anos)

✓ Estima-se que existam  
**6000 crianças/jovens**  
com **necessidades**  
**paliativas**

(EAPC, 2009)

ESTIMATIVA DE NECESSIDADES  
PALIATIVAS PEDIÁTRICAS



## Cuidando Juntos

Plataforma Nacional Cuidados Paliativos Pediátricos  
desde Outubro 2015

<http://cuidandojuntos.org.pt/site/>



## APCP

<http://www.apcp.com.pt/>



## SPP

Grupo de Cuidados Continuados e Paliativos

<http://www.spp.pt/>

CONTEXTO PORTUGUÊS

## CURIOSIDADES



- Sensibiliza para a importância e benefícios dos Cuidados Paliativos Pediátricos;
- Conta a história de várias crianças/jovens com doença crónica complexa e suas famílias;
- Acompanhadas por Equipas de Cuidados Paliativos Pediátricos;
- Filmado nos EUA, Austrália, África do Sul, Itália, Malásia, Inglaterra, Itália, Alemanha, entre outros países.

<http://www.littlestars.tv>



## LITTLE STARS



<http://www.littlestars.tv>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direcção-Geral de Saúde (2014). Cuidados Paliativos Pediátricos - Relatório do Grupo de Trabalho do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Lisboa.
- EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE (2009) – The Facts: Palliative Care for Infants, Children and Young People. Roma: Fondazione Maruzza Lefebvre D'Ovidio Onlus. ISBN 978-88-902-961-6-1.
- Feudtner, C., Hexem, K. & Rourke, M. T. (2011). Epidemiology and the Care of Children with Complex Conditions. In Wolfe, J., Hinds, P. S. & Sourkes, B. M. *Textbook of Interdisciplinary Pediatric Palliative Care*. (pp. 7-17). Philadelphia: ElsevierSaunders.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamentos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa.



OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO

## **APÊNDICE VII**

Jornal de Aprendizagem III



### **Introdução**

A evolução do Modelo dos Cuidados Centrados na Família (CCF) começou a concretizar-se no final da década de 60 (Hockenberry & Wilson, 2014) tendo surgido a partir de outros modelos de cuidados que já procuravam uma mudança de práticas necessárias para melhor cuidar das crianças hospitalizadas (Jolley & Shields, 2009).

O *Institute for Patient- and Family-Centred Care* reconhece o papel vital da família e encoraja a colaboração mútua e constante entre o cliente – neste caso específico a criança –, a sua família e os profissionais de saúde. Em contexto pediátrico considera-se que a família da criança/jovem são os pais ou os seus representantes legais.

Promover a filosofia dos CCF implica incorporar na prestação de cuidados a convicção de que a família é uma constante na vida das crianças, que a criança é afetada e afeta aqueles com quem estabelece relações e, ainda, que a inclusão da família vai contribuir para que as crianças recebam cuidados de maior qualidade (Harrison, 2010).

Esta filosofia de cuidados é reconhecida por inúmeras organizações internacionais e nacionais de enfermagem pediátrica, nomeadamente a Ordem dos Enfermeiros que a defende como fundamental para a prestação de cuidados de qualidade à criança, ao jovem e família na medida em que promove o envolvimento dos pais e conduz à redução dos efeitos adversos inerentes à hospitalização.

Em pediatria a presença da família assume um papel fulcral nos diversos momentos da hospitalização de uma criança nomeadamente na sua admissão num serviço de urgência. Este momento constitui uma das experiências mais traumáticas para a criança e para a família. Uma situação de doença súbita ou trauma potencia a instabilidade e desequilíbrio no sistema familiar. O *stress* vivenciado numa situação de doença aguda exige adaptações comportamentais e afetivas num curto período de tempo, donde, implica uma rápida mobilização de competências familiares para lidar com a situação. A reação dos pais a uma situação de doença é influenciada por diversos fatores entre outros, a gravidade da doença, a existência de uma

experiência anterior de hospitalização, os mecanismos de *coping*, a existência prévia de *stress* adicional no sistema familiar, entre outros (Hockenberry & Wilson, 2014). Desta forma existem reações diversas que podem surgir como: a negação e descrença numa fase inicial; a raiva, direcionada para a criança, para si ou para os outros; sentimentos de culpa perante a doença questionando a capacidade própria para cuidar do filho e falha no seu papel parental; a frustração e perda de controlo, devido à falta de informação e à constante incerteza inerente e, ainda, medo e ansiedade relacionados com a gravidade da doença e tipo de tratamentos necessários (Jorge, 2004).

Em situação de emergência é fundamental atender às necessidades emocionais da família. A criança gravemente doente torna-se o foco de atenção dos pais e é essencial cobrir a necessidade de informação constante e detalhada. A informação é um direito da criança e dos pais da qual os enfermeiros não se podem demitir. No entanto, a transmissão de informação aos pais implica uma avaliação emocional dos pais, do seu nível de compreensão, dos aspetos culturais e, ainda, do seu desejo em receber informação. Desta forma a comunicação, que permite a partilha de informação, reveste-se de importância fundamental. O enfermeiro deverá adquirir e desenvolver competências comunicacionais que lhe permitam saber escolher o momento mais oportuno para comunicar, selecionar as palavras mais adequadas a cada família e contexto, encorajar os pais a exporem as suas dúvidas, estimular a expressão de sentimentos e emoções dos pais atendendo às suas preocupações e necessidades. Para alcançar uma comunicação eficaz o enfermeiro deverá também recorrer a diferentes técnicas de comunicação como sejam, entre outras técnicas: a **escuta ativa**, demonstrando ao Outro o interesse enquanto o observa; o **silêncio**, ou capacidade de comunicar ao Outro através de forma não-verbal; a **redução da distância**, transmitindo a mensagem de que quer estar mais perto do Outro; a **consideração**, reconhecimento da importância do Outro na interação; a **orientação**, instruções fornecidas ao Outro para que tenha conhecimento do que se espera dele; a **recapitulação**, permitindo a validação da interpretação da mensagem por parte do Outro; a **reflexão**, remetendo ao Outro as suas próprias ideias, questões e sentimentos procurando que reconheça a

importância das mesmas; a **síntese**, revisão dos principais temas abordados durante a interação com o Outro, entre outras técnicas.

O ambiente de um serviço de urgência pediátrica, especialmente em situação de urgência, está envolto em momentos de grande tensão e consequentemente envolve emoções intensas. Nestas circunstâncias a comunicação é um dos aspetos muitas vezes afetado. Contextualizando, a criança encontra-se gravemente doente em situação de perigo, a família enfrenta a incerteza do desfecho final e o enfermeiro tem o seu foco voltado para os procedimentos emergentes com vista à estabilização da criança. No entanto após o impacto inicial e a estabilização da criança a comunicação, mesmo de uma má notícia, deverá constituir uma das preocupações primordiais (Tigulini & Melo, 2002).

Uma má notícia, em contexto de saúde, é uma informação triste ou difícil que pode alterar negativamente a expectativa ou a percepção do doente e sua família relativamente ao presente e ao futuro (Warnock, 2014). Esta definição de má notícia engloba outras informações que podem não estar diretamente relacionadas com o diagnóstico, o prognóstico e o tratamento. Desta forma, em contexto de urgência existem outras informações que podem ser classificadas como más notícias, como, entre outros, a necessidade de internamento, a necessidade de transferência para outra unidade de saúde, a explicação da necessidade de um tratamento mais invasivo (Warnock, 2014). A comunicação de uma má notícia pode ser entendida como um processo onde se incluem as interações que ocorrem antes, durante e após o momento em que a má notícia é transmitida (Tobin & Begley, 2008). A forma como se desenrola o processo de comunicação de uma má notícia pode desencadear resultados positivos como a construção de um sentimento de confiança e segurança entre o doente e a equipa de saúde (Hancock, et al., 2007) e desta forma contribuir para fortalecer as relações entre o enfermeiro doente e sua família (Warnock, Tod, Foster, & Soreny, 2010). Ao comunicar uma má notícia o profissional de saúde pode manifestar receio de expressar e de não saber lidar com as respostas emocionais do doente e com as suas próprias emoções, de ter falta de privacidade, de tempo e de informação e, ainda, de se confrontar com barreiras

linguísticas ou culturais (Fallowfield & Jenking, 2004; Hancock, et al., 2007). A este processo acresce uma preocupação, por parte de quem fornece a informação, relacionada com o facto de que qualquer má notícia envolve assuntos emocionalmente difíceis, para todas as partes envolvidas, com elevado potencial para desencadear uma resposta emocional forte (Fallowfield & Jenking, 2004). A intervenção do enfermeiro no processo de comunicação de más notícias desenvolve-se através de inúmeras atividades, como, entre outras: a identificação das necessidades de informação por parte do doente e família; a identificação e priorização das preferências do doente e família; o estar presente junto do doente e família aquando a comunicação da má notícia; o suporte ao profissional que está a comunicar a má notícia, procurando palavras/explicações alternativas quando o doente e a família parecem não compreender a informação e necessitam de esclarecimento adicional; a escuta ativa; o reconhecimento das reações emocionais do doente e família; a promoção de momentos para colocação de dúvidas e a disponibilidade para responder às perguntas que possam surgir esclarecendo dúvidas (Warnock, 2014).

### **Descrição da situação**

Para a elaboração do presente diário de aprendizagem selecionei uma experiência de cuidados em contexto de urgência. Deu entrada diretamente da sala de espera para a sala de reanimação uma adolescente de 16 anos, com antecedentes de doença cardíaca congénita acompanhada pelos pais e por uma irmã mais velha. Nesse momento encontrava-me com a enfermeira orientadora na sala de triagem a triar um lactente com sinais de dificuldade respiratória. Perante aquela situação e após garantidos os cuidados necessários ao latente encaminhamo-nos para a sala de reanimação onde já se encontravam diversos elementos da equipa multidisciplinar entre os quais uma pediatra, duas enfermeiras e duas assistentes operacionais. A adolescente era já conhecida da equipa pela frequência com que recorria aquele serviço com sintomatologia idêntica. Na altura, já estava com monitorização cardiorrespiratória que revelava uma taquicardia supra ventricular com frequência cardíaca oscilante entre os 160-180 batimentos por minuto, confirmada por uma técnica de cardiopneumologia. Tratava-se de uma situação de emergência que carecia de uma atuação rápida pelo elevado risco de paragem cardiorrespiratória, tendo sido necessário reforçar a equipa. Os esforços centravam-se na reversão daquele quadro. Enquanto uma enfermeira tentava puncionar um acesso venoso periférico, outra preparava medicação que a médica lhe indicava oralmente à medida que recebia informações de um cardiologista pediátrico via telefone e outra estava dedicada a manter a via aérea permeável. A adolescente permanecia consciente e, apesar de muito ansiosa, colaborante nos cuidados tentando negociar com a equipa algumas manobras vagas que anteriormente tinham revertido aquele quadro. A mãe que a acompanhava estava visivelmente perturbada transmitindo toda essa ansiedade à filha.

Junto à porta que dava acesso direto à sala de espera era evidente uma grande confusão entre a família e o profissional de segurança que tentava a todo o custo mantê-los no exterior. Aproximei-me cautelosamente e procurei saber o que motivava aquele cenário. Ao questionar o pai se o podia ajudar ele disse “apenas preciso de ver a minha filha”. Solicitei que se acalmasse o que fez quase de



imediatamente. Entrei na sala e tudo permanecia idêntico. Aproximei-me da enfermeira orientadora e oportunamente expus a situação sendo que ela, após confirmar com a restante equipa, me solicitou que autorizasse o pai a entrar. Para se tranquilizar foi indispensável ver a filha naquele momento. Apenas permaneceu uns minutos na sala e em silêncio tendo-se ausentado por sua iniciativa.

Apesar das inúmeras manobras vagais a situação parecia não ceder e a pediatra tentava explicar à mãe e à adolescente a necessidade de administrar medicação. No entanto a adolescente já conhecia os seus efeitos e continuava a tentar negociar. A mãe visivelmente ansiosa não conseguia sequer falar. Foi nesse momento que uma enfermeira se aproximou da mãe e a encaminhou para uma cadeira onde a sentou e colocando-se ao seu nível calmamente lhe explicou que naquele momento sua filha precisava junto dela de alguém que lhe transmitisse tranquilidade. Inesperada foi a sua resposta: “obrigada por me ter tirado dali. Como mãe não consegui fazê-lo”. A adolescente assim que a sua mãe se afastou disse baixinho a outra enfermeira “chamem a minha irmã!”. A mãe saiu e em poucos segundos aproximou-se a irmã calma e segura. Ao aproximar-se da irmã disse-lhe duas ou três frases ao ouvido que acalmaram a adolescente. Apesar de todos os esforços da equipa em aceder aos pedidos da adolescente e tentativas de manobras vagais era necessário avançar para a administração de medicação e novamente os esforços se uniram em obter a sua colaboração e consentimento. Todos os procedimentos foram explicados e no final, quando a equipa lhe proporcionou um momento para falar, a adolescente perguntou “posso dar a mão à minha irmã?”. Sendo possível, a equipa reorganizou-se de forma a permitir que a irmã estivesse de mão dada com a adolescente durante a administração dos fármacos. Após a administração dos fármacos houve uma interrupção da taquicárdia com regresso do traçado cardíaco a um ritmo sinusal. Aparentemente a situação estava estabilizada no entanto surgia do outro lado do telefone a informação que teria de ficar internada pelo menos durante 48 horas, facto associado ao tempo de semivida do fármaco em circulação. Em episódios de urgência anteriores, em que a situação reverteu espontaneamente ou com manobras vagais, a adolescente teria tido alta poucas horas depois da sua admissão. A equipa já sabia que dar-lhe essa informação – a

necessidade de internamento, embora que por um curto período –, iria constituir para ela uma má notícia. Desta forma a equipa reuniu-se para encontrar naquele momento a melhor estratégia para o fazer. Optaram então por informar primeiramente os pais e só depois de transferida para uma cama no serviço de observação, e acompanhada pela mãe e irmã, lhe explicaram calmamente a necessidade do internamento. A informação foi transmitida pela pediatra na presença da enfermeira que ficaria responsável pelos seus cuidados no restante turno. A adolescente apesar de ter ficado triste demonstrou-se compreensiva com a situação.

### **Análise da situação**

No decorrer do estágio neste contexto de cuidados, apesar do volume de trabalho, da carência de profissionais e do cansaço perceptível destes, constatei um incessante preocupação da equipa de enfermagem em adequar a comunicação a cada situação de cuidados no sentido de favorecer a gestão emocional da família à situação de *stress* que se encontra a vivenciar. Se à primeira vista se podia esperar que alguns detalhes fossem esquecidos em virtude da azáfama constante dos turnos, aparentemente, nada era deixado ao acaso. Através da observação participante posso salientar alguns aspetos que considero como cruciais para uma comunicação efetiva como, entre outros, a escolha do momento e do local mais apropriado, a escolha dos elementos da equipa, a disponibilidade para esclarecer dúvidas, o silêncio, a escuta ativa, o toque, a empatia. Como no serviço em questão não existe um espaço específico e destinado para este tipo de situações pude observar, em mais do que uma ocasião, a preparação da sala de enfermagem para o efeito, de forma a garantir um ambiente mais calmo e reservado.

Na situação de cuidados descrita posso salientar inúmeros aspetos que se evidenciaram. Apesar de existir uma norma instituída que apenas permite a presença de um familiar/pessoa significativa junto da criança ou adolescente, a equipa teve a flexibilidade de, ainda que por um período curto de tempo, adaptá-la à situação vivenciada em prol de uma adolescente e família menos ansiosa, mais confiante e mais colaborativa. Acresce ainda a sensibilidade com que a equipa se apercebeu, naquele momento, de que a presença da mãe não estava a ser benéfica pela sua ansiedade e agitação, explicando-lhe calmamente e solicitando-lhe a sua substituição pela irmã. Durante a permanência na sala de reanimação houve ainda uma preocupação em respeitar as escolhas e decisões da adolescente assim como a concessão dos seus desejos dentro do que foi possível.

Transversal a toda a situação de cuidados foi a gestão das emoções de todos os intervenientes. Da família e da adolescente desde o momento da admissão, à permanência na sala de reanimação e à informação da necessidade de internamento e, ainda, de toda a equipa multidisciplinar que perante uma situação de

emergência, carregada de tensão e emoções, se organizou e trabalhou em equipa no sentido da sua resolução. Gostaria ainda de ressaltar uma prática comum neste contexto e que pude presenciar por diversas vezes. Após uma situação de reanimação a equipa de enfermagem, logo que possível, reunia-se mesmo que por um curto período. Este momento permitia que após estas situações de grande tensão houvesse um espaço para uma reflexão conjunta e para uma partilha de opiniões, sentimento e emoções que considero essencial para o desenvolvimento pessoal e profissional de cada um, de uma relação de cooperação e confiança na equipa e, ainda, para delinear estratégias de aperfeiçoamento em situações futuras.

A comunicação integra-se na enfermagem como um elemento indispensável para cuidar o Outro sendo imprescindível ao enfermeiro deter competências comunicacionais de forma a garantir uma comunicação efetiva. A Ordem dos Enfermeiros (2010) confere especial destaque à comunicação na prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança e do jovem, considerando as especificidades e exigências do desenvolvimento nas etapas do ciclo vital.

A situação descrita em concreto contribuiu para o desenvolvimento de diversas competências específicas para enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, nomeadamente, no reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais risco de morte, de comunicação com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura e, ainda, na promoção da autoestima do adolescente e da sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

### Referências Bibliográficas

Fallowfield, L., & Jenking, V. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet*, 363, pp. 312-318.

Hancock, K., Clayton, J. M., Parker, S. M., Wal der, S., Butow, P. N., Carrick, S., et al. (2007). Truth-telling in discussing prognosis in advanced life-limiting illnesses: a systematic review. *Palliative Medicine*, 21, pp. 507-517.

Harrison, T. M. (2010). Family-Centered Pediatric Nursing Care: State of Science. *Journal of Pediatric Nursing* (25), pp. 335-343.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. I). Loures: Lusociência.

Jolley, J., & Shields, L. (2009). The Evolution of Family-Centered Care. *Journal of Pediatric Nursing*, 2 (24), pp. 164-170.

Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança*. Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Tigulini, R. S., & Melo, M. (2002). A comunicação entre enfermeiro, família e paciente crítico. *Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem*.

Tobin, G. A., & Begley, C. (2008). Receiving Bad News. A Phenomenological Exploration of the Lived Experience of Receiving a Cancer Diagnosis. *Cancer Nursing*, 31 (5), pp. E31-E39.

Warnock, C. (2014). Breaking bad news: issues relating to nursing practice. *Nursing Standard*, 28 (45), pp. 51-58.

Warnock, C., Tod, A., Foster, J., & Soreny, C. (2010). Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (7), pp. 1543-1555.

**ANEXOS**



## **ANEXO I**

Programa das 1<sup>as</sup> Jornadas de Cuidados Paliativos Pediátricos  
– *Mitos e Realidades*







LIGA PORTUGUESA  
CONTRA O CANCRO

# 1<sup>as</sup> JORNADAS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

MITOS E REALIDADES

1, 2, 3 OUT 2015 | GRANDE AUDITÓRIO DO ISCTE-IUL

## WORKSHOPS

### 1 DE OUTUBRO

9H-13H Ethics in PPC | Richard Hain e En<sup>fa</sup>. Joana Mendes

9H-13H Cuidados espirituais e social | Dra. Manuela Paiva e Dra. Fernanda Ferreira

14H-18H Communicating with child and family | Joan Marston, En<sup>fa</sup>. Sílvia Ramos e Dra. Inês Alberty

14H-18H Team development and support | Danaï Papadatou e Dra. Helena Salazar

## JORNADAS

### 2 DE OUTUBRO

9H Conferência de abertura: Pediatric palliative care – past, present and future - **Palestrante:** Joan Marston

**Moderadora:** Dra. Isabel Galriça Neto

10H30 Sessão de abertura - **Palestrante:** Min. da Saúde, Min. da Educação e Ciência, Min. da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, Presidente da Liga Portuguesa Contra o Cancro, ISCTE-IUL, Dra. Ana Lacerda

11H Intervalo para café

11H30 Mesa redonda: Estratégia nacional para a implementação de cuidados paliativos pediátricos - **Palestrante:** Dra. Ana Lacerda, Dr. Fernando Leal da Costa, Prof. Doutor Manuel Luís Capelas, Prof. Doutora Teresa Bandeira e Dr. António Romão

**Moderadora:** En<sup>fa</sup>. Bárbara Menezes

13H Almoço

14H30 Conferência: Supporting the child and family - **Palestrante:** Danaï Papadatou **Moderadora:** Dra. Maria Jesus Moura

16H Intervalo para café

16H30 Conferência: Symptom management - **Palestrante:** Richard Hain **Moderador:** Prof. Doutor Ferraz Gonçalves

### 3 DE OUTUBRO

9H Mesa redonda: Cuidados peri e neonatais - **Palestrante:** Dra. Graça Oliveira, Dra. Mónica Centeno, Dra. Lisa Vicente, Dra. Rosalina Barroso, Dr. Luís Graça e famílias **Moderadora:** En<sup>fa</sup>. Joana Mendes

11H Intervalo para café

11H30 Mesa redonda: Transição para a vida adulta - **Palestrante:** Dra. Eulália Calado, Dr. José Eduardo Oliveira, Dra. Regina S. Carlos, Dr. Rui Anjos e famílias **Moderadora:** Dra. Helena Jardim

13H Almoço

14H30 Mesa redonda: Do hospital para casa – articulação entre serviços **Palestrante:** En<sup>fa</sup>. Tânia Franco, En<sup>fa</sup>. Fátima Ferreira, Dra. Gegória von Amann, Dra. Ivone Silva, Dra. Patrícia Pinto e famílias **Moderadora:** Dra. Paula Guerra

16H Intervalo para café

16H30 Conferência: Illuminating the private worlds of professionals who care for children who die **Palestrante:** Danaï Papadatou **Moderador:** Dr. Filipe Almeida

18H00 Sessão de encerramento

## INSCRIÇÕES

[www.ligacontracancro.pt/jcpp](http://www.ligacontracancro.pt/jcpp)

## INFORMAÇÕES

Secretariado: [jcpp@ligacontracancro.pt](mailto:jcpp@ligacontracancro.pt)

tel: 217 264 099 - [www.ligacontracancro.pt/jcpp](http://www.ligacontracancro.pt/jcpp)

## APOIOS





## **ANEXO II**

Poster de divulgação da exibição do documentário – “*Little Stars – accomplishing the extraordinary in the face of serious illness*”



 **HIDDEN LIVES,  
HIDDEN PATIENTS**  
World hospice & palliative care day  
10 October 2015

Comemorações da Semana Mundial  
de Cuidados Paliativos 2015



Exibição do documentário  
seguido de debate

(Legendado em português)

**LITTLE STARS**   
ACCOMPLISHING THE EXTRAORDINARY  
IN THE FACE OF SERIOUS ILLNESS

ENTRADA LIVRE

**05OUT2015**  
17h-19h | ANFITEATRO IPOLISBOA





### **ANEXO III**

Curso – Processo de Enfermagem Informatizado com CIPE Versão 2.0 no CHLN







Av. Prof. Egas Moniz  
1649-035 Lisboa  
Telefone: 21 780 51 08  
Fax: 21 780 56 03  
centro.formacao@chln.min-saude.pt  
www.chln.min-saude.pt

## CENTRO DE FORMAÇÃO

DO CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

Acreditado pela ACSS processo de renovação n.º 015/19-10-2000 e despacho ministerial de 26-01-2001  
Entidade equiparada a certificada pela DGERT, de acordo com o artigo 4º da Portaria n.º 851/2010 de 6-09-2010



### PROCESSO DE ENFERMAGEM INFORMATIZADO COM CIPE VERSÃO 2.0 NO CHLN

#### Local:

Dia 05-11-2015 – Manhã - Sala 3 do Centro de Formação do CHLN-HPV;

Dia 05-11-2015 – Tarde - Sala 2 do Centro de Formação do CHLN-HPV;

Dias 06 e 09-11-2015 - Sala 2 do Centro de Formação do CHLN-HPV.

**Data: 5, 6 e 9 de novembro de 2015**

**Horário: Das 09:00 às 16:00 horas**

#### Destinatários:

**Enfermeiros do CHLN.**

**Prazo Limite Inscrição:** 16 de outubro de 2015

**Local de Inscrição:** Centro de Formação do CHLN

Coordenação e organização:

CENTRO DE FORMAÇÃO  
DO CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE





## CENTRO DE FORMAÇÃO

DO CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

Acreditado pela ACSS processo de renovação n.º 015/19-10-2000 e despacho ministerial de 26-01-2001  
Entidade equiparada a certificada pela DGERT, de acordo com o artigo 4º da Portaria n.º 851/2010 de 6-09-2010

### Processo de Enfermagem Informatizado com CIPE versão 2.0 no CHLN

#### OBJETIVOS

No final da ação os formandos deverão estar aptos a:

- Enumerar as vantagens da informatização para a Enfermagem e para as Organizações;
- Utilizar o desktop de Enfermagem do CHLN;
- Operacionalizar a CIPE 2.0 através da construção dos enunciados.

#### DESTINATÁRIOS

Enfermeiros do CHLN

#### PRÉ-REQUISITOS

Colaboradores do CHLN.

#### ASSIDUIDADE DOS FORMANDOS

Em relação à carga horária total, o limite máximo de faltas é de:

- 10% para faltas justificadas;
- 5% para faltas injustificadas.

#### METODOLOGIA PEDAGÓGICA

Método expositivo, interrogativo, demonstrativo e ativo.

#### PROGRAMA

- Apresentação do tema e objetivos;
- Contextualização do Projeto Institucional:
  - Etapas de implementação;
  - Resumo Mínimo de Dados;
  - Qualidade de cuidados e Indicadores em Enfermagem.
- Os Sistemas de Informação e as Classificações em Enfermagem:
  - Informatização em Saúde – o caso dos registos de Enfermagem;
  - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: objetivos, metas, versões e arquitetura;

#### PROGRAMA (cont.)

- CIPE 2.0:
  - Definição dos 7 eixos;
  - Construção de enunciados:
    - Diagnósticos de Enfermagem;
    - Intervenções de Enfermagem;
    - Resultados de Enfermagem;
  - Reflexão sobre as áreas sensíveis aos cuidados de Enfermagem.
- Desktop de Enfermagem:
  - Colheita de dados;
  - Plano de cuidados;
  - Descodificação de conceitos;
  - Codificação de conceitos;
  - Histórico e Resumo de Enfermagem;
  - Pressupostos sobre Educação para a Saúde;
  - Plataforma de Dados em Saúde;
  - Pressupostos para Continuidade de Cuidados - Nota de Alta / Transferência;
  - Treino na utilização do desktop de Enfermagem.
- Avaliação da Ação.

#### INFORMAÇÕES GERAIS

**DATA:** 5, 6 e 9 de novembro de 2015

**HORÁRIO:** Das 09:00 às 16:00 horas

**PRAZO DE INSCRIÇÃO:** 16-10-2015

**LISTA A FIXAR EM:** 21-10-2015

**CARGA HORÁRIA:** 18 horas

#### LOCAL:

**Dia 05-11-2015 – Manhã** - Sala 3 do Centro de Formação do CHLN-HPV;

**Dia 05-11-2015 – Tarde** - Sala 2 do Centro de Formação do CHLN-HPV;

**Dias 06 e 09-11-2015** - Sala 2 do Centro de Formação do CHLN-HPV.

**FORMADORES:** Enf.ª Teresa Dotti;  
Enf.ª Carla Pereira; Enf.ª Filipa Aguiar; Enf.ª Filipa Henriques; Enf.ª Filipa Gramacho;  
Enf.º Ruben Cardoso; Enf.º Rui Gomes e  
Enf.ª Vanessa Lotra.

Coordenação e organização:

CENTRO DE FORMAÇÃO  
DO CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE



## **ANEXO IV**

Declaração da Sessão de Formação em Serviço – Hipnose Pediátrica





## DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que **JOANA RITA MOREIRA GONÇALVES TORGAL**, Enfermeira, com o nº mecanográfico 19999, a exercer funções no Serviço de Consulta de Pediatria, do Centro Hospitalar Lisboa Norte – Pólo HSM, frequentou a sessão “Hipnose Pediátrica”, que decorreu no dia 13/11/2015, com a duração de 01:00 H.

### CONTEÚDOS:

Técnicas adjuvantes para alívio da dor e ansiedade - Hipnose em Pediatria:

- Contextualização teórica e indicações;
- Técnicas “luva mágica” e “o meu lugar preferido”;
- Exercício prático.

CHN-HSM, 3 de Fevereiro de 2016

A Enfermeira Diretora  
Catarina Bataca

Enfermeira Directora

DIREÇÃO DE  
ENFERMAGEM - GFIE

Av. Professor Egas Moniz  
1649-035 LISBOA  
Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647

www.chln.pt  
dse.gfie@chln.min-saude.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1769-001 LISBOA  
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

www.chln.pt

